



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Comportamentos saudáveis e indicadores de ansiedade e depressão em estudantes universitários

(Versão definitiva após defesa pública)

Dalila Maria Marrocano Melfe

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

Orientadora: Prof. Doutora Cláudia Mendes da Silva

Covilhã, agosto de 2018

Agradecimentos

Ao longo dos últimos meses fui influenciada por tantas pessoas - positiva e negativamente - que se torna difícil prestar o meu agradecimento a todos. A realização de uma dissertação é um processo de trabalho diário que exigiu muito de mim, mas que me possibilitou conhecer pessoas que depositaram em mim a sua confiança e me ajudaram a encontrar a força necessária para chegar ao fim desta etapa, quer através de elogios inesperados, como de incentivos constantes. As batalhas deste ano serão sempre lembradas como vencidas pelas aprendizagens que delas retirei, e sinto-me grata por encarar as coisas dessa forma.

Durante todos estes anos, a minha formação (tanto pessoal, como académica), deve-se aos meus pais e é a eles que dedico este trabalho. Sem o vosso esforço diário nada disto seria possível e devo-vos tudo aquilo que sou. Aos meus avós, por serem a maior fonte de carinho que alguém pode conhecer, e a toda a minha família, por acreditar em mim e saber que eu sou capaz de mais do que eu própria penso ser possível.

À Professora Doutora Cláudia Silva agradeço a orientação cuidada e o apoio constante, bem como o esforço e, acima de tudo, a paciência em procurar dar resposta a todas as minhas questões. A sua disponibilidade permitiu-me conseguir percorrer este caminho.

À Professora Doutora Paula Carvalho, por ter sido um apoio fundamental numa fase menos boa e por me ter incentivado a seguir naquela que - ainda hoje - julgo ter sido a melhor direção, e ao Departamento de Psicologia e Educação, no geral, por estar repleto de docentes que considero um exemplo a seguir na minha prática futura, quer do ponto de vista clínico, como da educação.

Às minhas inestimáveis amigas Sarah, Rita e Margarida, por, mesmo longe, estarem sempre presentes. À Sofia, por ter sido a primeira amiga com que a nobre UBI me presenteou e por ser uma das que mais partilha comigo. Vocês são, definitivamente, o melhor que Psicologia me deu e farão sempre parte das histórias que partilharei acerca destes anos maravilhosos.

Ao Miguel, o meu afilhado, a expressão verdadeira de força e perseverança. O rebento académico que me deixa orgulhosa simplesmente pela pessoa que é. Que a vida nos sorria sempre e que nunca deixemos cair no saco do esquecimento as nossas inside jokes que nos fazem rir até chorar e que nunca esqueçamos que acima de nós só a chuva.

À Sara, a afilhada com que o meu curso me presenteou, e à Jéssica, a afilhada mais inesperada e cheia de vida. Que sejam sempre parte do meu orgulho e que o vosso percurso tenha sempre espaço para beber, às 23h, o chá que acalma a alma. À Rafaela e à Margarida, as afilhadas que Cultura me deu. Obrigado, especialmente, à Rafaela, por suportar viver

comigo e com todas as idiossincrasias que isso implica. Não podia pedir melhor colega de casa. Nem melhores afilhados. Obrigado por me terem escolhido e por confiarem em mim. Espero que tenham tanto orgulho em mim como eu tenho em vocês.

Ao João Bernardo, por ser, para mim, um exemplo do que é ser-se um génio. Agradeço o contributo notório que tiveste para o meu crescimento ao longo dos últimos anos e por me brindares com as melhores e mais alternativas novidades musicais.

À Patrícia, por ser a amiga que me acompanha há mais anos. Ao Rafael e ao André, por serem uma parte fundamental da minha história e por me darem a certeza de que há amizades que nunca mudarão, independentemente do tempo que passa.

À Marlene que, mesmo longe, está sempre presente e tem a melhor visão de mim mesma. Não consigo agradecer-te o suficiente por me conheceres melhor do que ninguém, mas agradeço por seres quem és para mim. Ajudas-me a crescer de uma forma incrível.

Ao Ricardo, à Maura, à Márcia, ao Baptista, ao Diogo e à Branquinho.

Aos meses de estágio que me mostraram o quero realmente para a minha vida e que me deram a certeza de que a Psicologia me fará genuinamente feliz e realizada.

A toda a equipa da *Happy Wish*, especialmente à Mafalda por me ter levado a ser uma parte fundamental desta iniciativa. A todas as pessoas que ajudamos e a todos aqueles com quem partilhamos sorrisos. A todas as experiências e oportunidades que esta junior empresa me proporciona. À Casa do Menino Jesus, por ter as crianças com os sorrisos mais genuínos e contagiantes.

A todos aqueles cujos nomes não está aqui referido, mas que cruzaram o meu percurso e contribuíram, invariavelmente, para que os meus dias fossem, na sua maioria, positivos e por me terem ajudado a ultrapassar as adversidades deste ano. Às adversidades, que foram ensinamentos para o futuro. Ao futuro, que será tão risonho quanto eu. A mim, que consegui. À vida e às pessoas.

“In spite of everything, I still believe people are really good at heart.”

Anne Frank

Resumo

A presente investigação tem como principal objetivo a análise da relação existente entre os comportamentos de saúde adotados pelos estudantes universitários, da Universidade da Beira Interior, e a presença de indicadores de ansiedade e depressão. Esta investigação toma a forma de um estudo descritivo, correlacional e transversal, conseguido através de instrumentos de autorresposta [Questionário Sociodemográfico, Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)] aplicados a alunos de primeiro e segundo ciclo de estudos. No total, a amostra conta com 328 participantes, dos quais 62% pertencem ao género feminino. A média de idades dos participantes é de 21 anos, 50% são naturais da região centro de Portugal Continental, 77% frequentam o primeiro ano do primeiro ciclo (licenciatura) e 23% frequentam o primeiro ano do segundo ciclo (mestrado). Os resultados obtidos indicam que se verifica uma maior presença de indicadores de ansiedade no género feminino, bem como nos estudantes de segundo ciclo. Além disso, verificam-se influências significativas ao nível da relação existente entre os diversos comportamentos de saúde, nomeadamente no que concerne ao facto de que os estudantes que dormem menos, tomam mais refeições por dia. Não obstante, salienta-se ainda a baixa qualidade de sono e perceção de saúde em estudantes com indicadores de depressão. Desta forma, realça-se o papel do contexto académico na contribuição para estilos de vida mais saudáveis nos seus estudantes, para além da necessidade de existência de medidas preventivas e de apoio a alunos que revelem a presença de indicadores de perturbações mentais, como ansiedade e depressão.

Palavras-chave

Comportamentos de Saúde, Ansiedade, Depressão, Estudantes universitários

Abstract

The present study has as main objective the analysis of the relationship between the health behaviours adopted by university students of the University of Beira Interior and the presence of indicators of anxiety and depression. This research takes the form of a descriptive, correlational and cross-sectional study, obtained through self-response instruments [Sociodemographic Questionnaire, Health Attitudes and Behaviors Questionnaire and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)] applied to students from the first and second cycle of studies. In total, the sample has 328 participants, of which 62% belong to the female gender. The average age of the participants is 21 years, 50% are from the central region of mainland Portugal, 77% attend the first year of the first cycle (undergraduate) and 23% attend the first year of the second cycle (master's degree). The results indicate that there is a greater presence of anxiety indicators in the female gender, as well as in second cycle students. In addition, there are significant influences on the relationship between the various health behaviours, especially regarding the fact that students who sleep less take more meals per day. Nevertheless, low quality of sleep and health perception in students with indicators of depression are also highlighted. Thus, the role of the academic context in contributing to healthier lifestyles in students is emphasized, as well as the need for preventive measures and support to students that reveal the presence of indicators of mental disorders, such as anxiety and depression.

Keywords

Health Behaviours, Anxiety, Depression, University Students

Índice

Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento teórico e conceitual	3
1.1. Comportamentos de saúde	3
1.2. Comportamentos de saúde em estudantes universitários	6
1.3. Especificidades do estilo de vida dos estudantes universitários	7
1.3.1. Alimentação	9
1.3.2. Prática de exercício físico	10
1.3.3. Consumo de tabaco/álcool/substâncias	12
1.4. Ansiedade e Depressão	14
1.4.1. Indicadores de Ansiedade e Depressão em estudantes universitários	16
Capítulo II - Metodologia	21
2.1. Desenho e objetivos	21
2.1.1. Hipóteses	21
2.2. Participantes	23
2.3. Instrumentos de avaliação	25
2.3.1. Questionário sociodemográfico	26
2.3.2. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)	26
2.3.3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	27
2.4. Procedimentos de investigação	27
2.5. Procedimentos estatísticas e análise de dados	28
Capítulo III - Resultados	29
3.1. Análises estatísticas preliminares	29
3.2. Estatísticas descritivas	30
3.3. Estatísticas inferenciais	35
3.3.1. Diferenças existentes entre os géneros	35
3.3.2. Diferenças relativas aos comportamentos de saúde	36
3.3.3. Diferenças relativas à presença de sintomas de ansiedade e depressão	38
Capítulo IV - Discussão	45
4.1. Diferenças entre os géneros	47
4.2. Relação entre comportamentos de saúde	47
4.3. Diferenças relativas à presença de sintomas de ansiedade e depressão	48
4.4. Implicações práticas	52
4.5. Limitações	53
Bibliografia	54

Lista de Tabelas

- Tabela 1 - Caracterização dos Dados Sociodemográficos dos Participantes
- Tabela 2 - Normalidade da Distribuição dos Dados nas Dimensões do QACS e na HADS
- Tabela 3 - Consistência Interna dos Instrumentos Utilizados
- Tabela 4 - Estatísticas Descritivas Relativas aos Comportamentos de Saúde Incluídos no Questionário Sociodemográfico
- Tabela 5 - Estatísticas Descritivas do QACS
- Tabela 6 - Estatísticas Descritivas da HADS
- Tabela 7 - Frequências da HADS
- Tabela 8 - Diferenças de Género na Prática de Exercício Físico
- Tabela 9 - Diferenças de Género nos Indicadores de Ansiedade e Depressão
- Tabela 10 - Diferenças no Número de Refeições entre Grupos com Maior e Menor Número de Horas de Sono
- Tabela 11 - Diferenças entre o Número de Refeições Diárias e a Prática de Exercício Físico
- Tabela 12 - Diferenças entre o Número de Horas de Prática de Exercício Físico em Estudantes Fumadores e Não Fumadores
- Tabela 13 - Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão entre Estudantes de Primeiro Ano do 1º ciclo e Estudantes de Primeiro Ano do 2º ciclo
- Tabela 14 - Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão em Estudantes que Praticam Exercício Físico
- Tabela 15 - Correlação entre a Dimensão Exercício Físico (QACS) e a HADS
- Tabela 16 - Diferenças entre a Dimensão Exercício Físico (QACS) e a Pontuação Total da HADS
- Tabela 17 - Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão em Função da Percepção da Qualidade de Sono
- Tabela 18 - Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão entre Estudantes Fumadores e Não Fumadores
- Tabela 19 - Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão entre Estudantes que Consomem e Não Consomem Álcool
- Tabela 20 - Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão entre Estudantes que Consomem e Não Consomem Substâncias Psicoativas
- Tabela 21 - Correlação entre a Dimensão Uso de Substâncias e Similares (QACS) e a HADS
- Tabela 22 - Diferenças na Qualidade de Sono entre Estudantes com e sem Indicadores de Depressão
- Tabela 23 - Correlação entre a Dimensão Nutrição (QACS) e a HADS

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
QACS	Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
APA	American Psychological Association
PAG	Perturbação de Ansiedade Generalizada
PDM	Perturbação Depressiva Major
QI	Quociente de Inteligência
LAQ	Life-Style Assessment Questionnaire
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Introdução

Atualmente, e de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2016a), a depressão e a ansiedade constituem duas das perturbações mentais mais frequentes. Ao nível mundial, a depressão afeta cerca de 5.1% das mulheres e 3.6% dos homens, e a ansiedade manifesta-se em 4.6% das mulheres e 2.6% dos homens (DGS, 2016a). Além disso, a DGS refere ainda o impacto que ambas as perturbações têm na vida das pessoas, sobretudo ao nível da perda de saúde. Desta forma, é importante salientar que a depressão constitui a doença que mais contribui para a inaptidão de agir de forma produtiva e a ansiedade surge em sexto lugar nessa mesma classificação (DGS, 2016a).

Assim, avaliar a presença de sintomatologia ansiógena e depressiva é de grande importância, nomeadamente no que concerne ao contexto universitário, dado que são muitos os fatores que contribuem para o desenvolvimento e presença de indicadores de ansiedade e depressão junto dos estudantes, fomentando a necessidade basilar de avaliar a vulnerabilidade dos jovens para estes quadros psicopatológicos (Eberhart & Hammen, 2006).

A presente investigação procura avaliar a adoção de comportamentos de saúde em estudantes universitários e a sua relação com a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Por comportamentos de saúde entendem-se as ações tomadas pelos indivíduos com o propósito de proteger a sua saúde, podendo também ser considerados comportamentos protetores, e referem-se, por exemplo, a aspetos como não fumar, praticar exercício físico de forma regular e adotar uma dieta equilibrada que inclua frutas e legumes, ao invés de alimentos com açúcares e gorduras (Carter, McGee, Taylor & Williams, 2007).

De forma a cumprir o objetivo a que se propõe, este trabalho está organizado em quatro capítulos distintos, sendo eles: I) Enquadramento teórico e concetual, onde serão descritos os construtos em estudo e a pertinência da sua avaliação; II) Metodologia, onde será feita a caracterização do estudo e dos seus objetivos, descritas as hipóteses, a amostra e os instrumentos utilizados, bem como os procedimentos de investigação e de análise de dados adotados; III) Resultados, onde serão descritos os resultados obtidos de acordo com a análise estatística dos dados recolhidos; e, por fim, IV) Discussão, na qual serão interpretados os resultados do tópico anterior e analisados de acordo com a literatura científica sobre o tema, assim como serão também apresentadas as principais conclusões e limitações referentes ao estudo.

Capítulo I - Enquadramento teórico e concetual

Procede-se, neste capítulo, a um enquadramento concetual do tema central desta investigação. Nesse sentido, serão descritas as variáveis em estudo e discutida a sua pertinência, tendo em conta a população do estudo.

1.1. Comportamentos de saúde

Os comportamentos de saúde referem-se a qualquer ação realizada pelos indivíduos que, de acordo com o seu autoconceito, acreditam ser saudável e que procuram atuar de forma a prevenir doenças ou a identificá-las em fases precoces, quando ainda não se verifica a presença de sintomas (Kasl & Cobb, 1996). De acordo com Carter e colaboradores (2007), a adoção de comportamentos de saúde abrange uma diversidade de atividades, como por exemplo a prática de exercício físico, uma alimentação variada que inclua frutas e legumes, relações sexuais protegidas ou adoção de cuidados aquando da exposição solar.

De forma a entender estes comportamentos e o que se pretende alcançar com a sua adoção, deve ter-se em conta a noção de saúde, saúde mental e estilo de vida saudável. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1946), por saúde entende-se um estado de bem-estar físico, mental e social, não se referindo apenas à ausência de doença. Por seu lado, a saúde mental refere-se a um estado de bem-estar no qual o indivíduo perceciona as suas próprias capacidades, sabe atuar perante as situações de stresse e é capaz de trabalhar de forma produtiva, contribuindo, conseqüentemente, para o desenvolvimento da sua própria comunidade (Peach, Gaultney & Gray, 2016). No que concerne ao estilo de vida, este engloba hábitos e comportamentos que surgem como resposta aos desafios diários, cujos são aprendidos e (re)interpretados ao longo da vida (DGS, 2016b). Por estilo de vida saudável entende-se a harmonia entre diversas características como alcançar um peso saudável, não fumar e praticar atividade física com regularidade (Troost, Rafferty, Luo, & Reeves, 2012).

Para a obtenção de um estilo de vida saudável, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a ingestão de frutas e legumes (cinco peças diárias), em oposição à redução da ingestão de gorduras, açúcares e sal, a par da prática regular de atividade física (WHO, 2018a). Não obstante, a Direção Geral da Saúde (2016c) refere a existência de determinantes de saúde, isto é, aspetos que podem, ou não, contribuir para a adoção de estilos de vida saudável e para a existência de saúde. Neste sentido, priorizar um estilo de vida saudável consiste, simultaneamente, numa oportunidade e num desafio, reforçando a necessidade de efetuar escolhas no que diz respeito à alimentação, à hidratação, ao consumo de bebidas

alcoólicas, à prática de exercício físico, gestão dos níveis de stresse e das horas de sono e, por fim, prevenção de acidentes.

O componente primordial para a existência de qualidade de vida, cuja é definida como “a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vivem e em relação aos seus objetivos, expectativa, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995, p. 1403), é a existência de saúde e esta depende da vertente física, mental e social do indivíduo (Georgian & Lorand, 2016). Assim sendo, os comportamentos de saúde não devem ser estudados de forma isolada, mas sim de forma interligada, tendo em conta que se encontram associados entre si (Dodd, Al-Nakeeb, Nevill, & Forshaw, 2010).

É no final da adolescência que se verifica a consolidação do processo de desenvolvimento iniciado na infância, permitindo um crescimento ao nível físico, cognitivo, social, moral, identitário e sexual (Carr, 2014). Além disso, de acordo com a OMS (2018b), é também na adolescência que se verificam mudanças que têm impacto na saúde dos jovens, nomeadamente a nível físico, neurodesenvolvimental, psicológico e social, dimensões que afetam a transição entre a infância e a idade adulta e que podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde, sobretudo quando considerados alguns fatores de risco predominantes nesta fase de vida (como por exemplo o consumo de substâncias).

Tendo em conta a importância deste período de vida para o desenvolvimento dos jovens, é necessário considerar também o impacto que eventuais problemáticas psicológicas podem ter nesse processo. Desta forma, estas podem surgir devido a influências internas ou externas à criança/adolescente, tomando a forma de: 1) fatores predisponentes, que constituem acontecimentos que podem originar problemas no desenvolvimento das crianças (biológicos ou pessoais ou, por outro lado, relacionados com os pais ou com problemas familiares); 2) fatores precipitantes, que ocorrem em simultâneo com o momento em que a problemática se torna notória (por exemplo, doenças, *bullying*, separações ou mudança de residência); ou 3) fatores de manutenção, que consistem em mecanismos que contribuem para que o problema se mantenha (podendo, por exemplo, tratar-se de fatores biológicos ou psicológicos, ou, por outro, fatores contextuais como aspetos relacionados com a família, com a forma de intervenção ou com as redes de apoio). Em oposição encontram-se os fatores de proteção (Carr, 2014).

Para Arnett (2005), a fase entre a adolescência e a idade adulta apresenta características próprias, nomeadamente o facto de se tratar de uma fase de passagem entre duas etapas da vida na qual os jovens exploram e cristalizam a sua própria identidade, sobretudo por se encontrarem muito focados em si e por terem um vasto conjunto de possibilidades para mudarem as suas vidas. Por estes motivos, e devido a toda a instabilidade associada a este período de vida, quer ao nível das mudanças de residência, das relações interpessoais ou da mudança do ensino secundário para o ensino superior e, posteriormente, para o mercado de trabalho, esta é uma fase onde podem desenvolver-se psicopatologias, tais como ansiedade e depressão major (Arnett, 2005). Não obstante, neste período de transição,

de acordo com Cluskey e Grobe (2018), os comportamentos de saúde tornam-se instáveis devido à ausência de rotinas e do apoio a que os estudantes estavam habituados antes de ingressarem no ensino universitário.

O bem-estar dos adolescentes surge na literatura como influenciado tanto por fatores intrínsecos, como por fatores extrínsecos, nomeadamente a influência parental, especialmente características dos pais (e menos das mães). Por exemplo, uma relação pouco calorosa da parte do pai pode conduzir a indicadores de depressão mais elevados, particularmente em filhas (Heaven, Newbury, & Mark, 2004).

A adoção, ainda que de forma preventiva, de comportamentos de saúde, nomeadamente a prática de exercício físico e a adoção de uma dieta saudável, e a abstenção face a comportamentos de saúde nocivos, tais como o consumo de substâncias, diminui o risco de doenças, tanto agudas como crónicas, e, em última instância, reduz a mortalidade (Raynor & Levine, 2009) e encontra-se associada a uma maior satisfação com a vida (Grant, Wardle, & Steptoe, 2009).

Porém, após aprimorada a adoção de comportamentos de risco, alterar estas condutas pode constituir uma dificuldade. Ainda assim, verificar-se vontade por parte dos indivíduos de alterarem os seus padrões comportamentais assume o melhor preditor para a ocorrência de mudança (Schwarzer, 2008). Nesse sentido, comportamentos de risco como condução imprudente que possa originar acidentes com veículos, consumo de álcool e de outras substâncias psicotrópicas, padrões alimentares desajustados que incluam uma escolha de alimentos com excesso de gorduras e açúcares, relações sexuais desprotegidas ou a ausência de autocuidados, constituem condutas que podem ser modificadas pelos indivíduos e substituídas por comportamentos adaptativos e de proteção da saúde (Schwarzer, 2008).

Desta forma, se os indivíduos apresentarem autorregulação, isto é, capacidade para abandonar um comportamento em virtude de outro devido a um processo intrínseco de motivação e volição (Leventhal, Rabin, Leventhal, & Burns, 2001), podem reduzir os comportamentos de risco e levar à adesão de uma postura mais voltada para a saúde, incluindo na sua vida comportamentos protetores como a prática de exercício físico, bem como o controlo de peso e a adoção de uma alimentação mais equilibrada e nutritiva, além de cuidados na higiene oral, utilização de preservativo e prevenção de acidentes aquando da circulação rodoviária (Schwarzer, 2008).

Contudo, a adesão a comportamentos de saúde pode ser influenciada pela idade, educação ou condição médica dos indivíduos, sendo que, por exemplo, os adultos com idades compreendidas entre 50 a 64 anos revelam mais comportamentos de saúde do que adultos de idades entre 18 a 49 (Pronk et al., 2004). Por outro lado, no que concerne à atividade física, a prática reduz com a idade e, conseqüentemente, os indivíduos adotam padrões de inatividade (Gordon-Larsen, Nelson & Popkin, 2004).

1.2. Comportamentos de saúde em estudantes universitários

Os comportamentos de saúde de estudantes universitários têm tido grande predominância na literatura devido à importância que o seu estudo tem para a compreensão da sua saúde física e do seu estilo de vida (Hsu, Chiang & Yang, 2014), tendo em conta que se trata do período de transição entre a adolescência e a idade adulta no qual os estudantes ganham autonomia e controlo sobre o seu estilo de vida, podendo, assim, adotar comportamentos que promovam ou, por outro lado, ponham em risco a sua saúde (Dinger & Vesely, 2001; White, Labouvie, & Papadaratsakis, 2005). Esta fase de transição entre a adolescência e a idade adulta refere-se às idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos (Arnett, 2000; Sussman & Arnett, 2014).

Os hábitos de vida que mais impacto têm na saúde dos indivíduos tendem a cristalizar-se durante a idade universitária e, desta forma, podem afetar o futuro bem-estar dos estudantes (Hsu, Chiang, Yang, 2014; Abrantes, Scalco, O'Donnell, Minami & Read, 2017), ou seja, os fatores que influenciam o estilo de vida dos universitários vão, conseqüentemente, influenciar a sua saúde no futuro (Johansson & Sundquist, 1999). Desta forma, identificar e classificar esses comportamentos - como sendo saudáveis ou de risco -, permitirá adotar comportamentos de prevenção de eventuais problemas futuros (Abrantes, Scalco, O'Donnell, Minami & Read, 2017).

Segundo um estudo de Gieck e Olsen (2007), no qual foi utilizado um modelo que pretendia investigar a influência do bem-estar nos níveis de atividade em estudantes universitários sedentários com excesso de peso, demonstrou-se que a utilização de um modelo de saúde holístico teria utilidade no aumento da atividade e, conseqüentemente, na adesão a comportamentos de saúde mais promotores de um estilo de vida saudável. Além disso, a maioria dos indivíduos que participaram no estudo mantiveram consistente o seu envolvimento em comportamentos de saúde, nomeadamente no que concerne a uma alimentação saudável e à prática de caminhadas como forma de redução de stresse.

Quanto à população universitária, esta apresenta especificidades que a diferenciam dos restantes contextos, inclusivamente as preocupações e as responsabilidades que os indivíduos não tinham no ensino secundário. Não obstante, as novas experiências, a nova rotina e os novos desafios, para além de excitantes e reconfortantes, potenciam também elevados níveis de stresse e ansiedade, que podem, conseqüentemente, elevar-se a diversas formas de psicopatologia que, por sua vez, terão impacto no funcionamento dos próprios estudantes não só ao nível individual - do ponto de vista físico, emocional e cognitivo -, como também ao nível interpessoal (Dhanalakshmi, 2014; Tosevski, Milovancevic, & Gajic, 2010).

1.3. Especificidades do estilo de vida de estudantes universitários

Ao ingressarem no ensino universitário, os estudantes procuram a sua graduação e conseguir um emprego relacionado com o seu curso que lhes permita a realização pessoal (Beiter et al., 2015). Porém, a vida universitária traduz-se em algumas preocupações, sobretudo no primeiro ano, quando os alunos têm o primeiro contacto com toda essa experiência. Algumas das preocupações centram-se na própria vida académica, no sucesso que procuram atingir, nos planos que delineiam para o curso e para o período posterior e na gestão financeira. Todavia, também a gestão do sono e das relações interpessoais (tanto com amigos, como com familiares), constituem áreas de preocupação por parte dos estudantes, além da sua saúde e da sua autoestima (Beiter et al., 2015).

A entrada na universidade é, então, encarada como um período de mudanças, pois, na maior parte dos casos, trata-se da primeira vez em que os jovens vão viver sozinhos, tomando responsabilidade pela sua própria vida enquanto donos de casa e gestores das suas despesas, quer ao nível da alimentação, do vestuário ou renda de casa (Beiter et al., 2015).

Este período de transição revela-se uma fonte de stresse para os estudantes, particularmente pela dificuldade em lidar com as exigências que a vida universitária implica, como gerir um orçamento, encontrar casa onde residir e saber geri-la, bem como tomar decisões acerca do futuro (Bouteyre et al., 2007; Richards & Sanabria, 2014). Além disso, este é um período onde o contacto com novas normas sociais pode influenciar, positiva ou negativamente, a predisposição dos estudantes para a ação (Keller et al., 2008).

Assim, destaca-se a necessidade de os estabelecimentos de ensino apostarem em aulas que ensinem aos alunos noções de gestão financeira como forma de redução do stresse sentido por estes, nomeadamente como fazerem poupanças. Não obstante, tendo em conta que muitas das fontes de preocupações dos estudantes são relacionadas com fatores pessoais e interpessoais, é imperativo que os estabelecimentos de ensino fomentem o bem-estar dos estudantes da mesma forma que procuram fomentar o seu sucesso académico (Beiter et al., 2015), considerando, especialmente, o impacto que o ambiente universitário tem na vida dos estudantes (Racette et al., 2005)

Salienta-se, assim, a necessidade de estudar os comportamentos de promoção de saúde, sobretudo dos padrões comportamentais adotados na fase de entrada na universidade (Wei et al., 2012), especialmente devido ao aumento dos comportamentos de risco aquando da entrada no ensino universitário, cujo se deve, maioritariamente, à possibilidade de viver de forma autónoma e separada dos pais. Verifica-se, assim, uma menor supervisão por parte destes e, conseqüentemente, uma maior liberdade pessoal (Fromme, Corbin, & Kruse, 2008).

Tal como os comportamentos de saúde, também os comportamentos de risco merecem destaque na literatura, nomeadamente o consumo de substâncias (tabaco, álcool e substâncias psicoativas), a prática de relações sexuais desprotegidas, a inatividade física e a adoção de uma dieta pouco cuidada (Dinger & Vesely, 2001; French, Popovici, & Maclean, 2009). No geral, estas condutas são alvo de pouca atenção por parte dos jovens nesta faixa

etária por considerarem que este é um período de vida no qual os comportamentos de risco podem ser tolerados (Sussman & Arnett, 2014).

O facto de, na sua maioria, os estudantes universitários viverem fora da sua residência durante o período académico, contribui para a adoção de comportamentos de risco, tendo em conta que são detentores de uma maior autonomia e de uma menor supervisão por parte dos progenitores, sendo este aspeto o mais enfatizado na literatura (Fromme et al., 2008; Sussman & Arnett, 2014). Desta forma, sentindo o ambiente que os rodeia como seguro e de liberdade, os estudantes têm uma maior oportunidade para a prática de comportamentos de risco, nomeadamente comportamentos sexuais de risco, consumo de bebidas alcoólicas ou de substâncias psicoativas (Fromme et al., 2008). Contudo, no contexto universitário pode também verificar-se a diminuição de alguns comportamentos de risco, tais como a condução sob a influência de álcool. Este aspeto deve-se ao facto de os sujeitos sentirem liberdade para consumir bebidas alcoólicas em casa, não tendo que se deslocar posteriormente, além do acesso reduzido a veículos (Fromme et al., 2008).

Adicionalmente, um estudo da OMS revelou que o consumo tabágico, outro comportamento de risco com valores elevados entre adolescentes e jovens adultos, tem decrescido nos últimos anos, no entanto, os valores da prática de exercício físico mantêm-se baixos (United Nations Regional Information Centre for Western Europe [UNRIC], 2017). Além disso, no estudo longitudinal de Benton e colaboradores (2003), verificou-se uma estabilidade no número de estudantes que consumiam substâncias e nos que apresentavam perturbações ao nível da alimentação. Por outro lado, Quintiliani, Allen, Marino, Weeder e Lu (2010) verificaram que cerca de 65% da amostra estudada praticava dois ou mais comportamentos de risco.

Segundo a literatura, a adoção de comportamentos de risco encontra-se associada ao stresse percebido (Dodd et al., 2010), o que pode conduzir a absentismo escolar e, consequentemente, a classificações mais baixas (Henry, Cormier, Hebert, Naquin & Wood, 2018).

Não obstante, a adoção de comportamentos de risco pode ainda culminar em consumos de marijuana ou de bebidas alcoólicas, ter relações sexuais desprotegidas, não praticar exercício físico ou ter problemas de sono. Assim, o stresse pode conduzir a comportamentos de risco aparentemente inofensivos, mas agradáveis do ponto de vista emocional, tais como fumar ou adotar uma alimentação à base de *fast food* (Doom & Haefel, 2013).

De acordo com a OMS (2018c), a alimentação desequilibrada, o consumo de tabaco, álcool e drogas, bem como a saúde mental, a gravidez precoce e as doenças infecciosas são as problemáticas mais preocupantes junto de adolescentes. O presente estudo incide sobre a alimentação, a prática de exercício físico e o consumo de substâncias.

1.3.1. Alimentação

De acordo com Cluskey e Grobe (2018), a entrada na universidade é um período no qual os jovens devem começar a responsabilizar-se pela adoção de um estilo de vida mais saudável, nomeadamente no que concerne à preparação de refeições, o que é considerado pelos estudantes como sendo um desafio.

Adotar uma dieta saudável representa um papel preponderante para atingir um estilo de vida saudável, particularmente quando se trata de estudantes universitários (Papadaki, Hondros, Scott, & Kapsokefalou, 2007).

Assim, a escolha de uma alimentação saudável tem em conta diversos processos referentes não só ao indivíduo, como também ao meio em que este se insere. Desta forma, estão em questão processos autorregulatórios intrínsecos e extrínsecos, tais como as preferências pessoais e a preocupação com a saúde, a autodisciplina, o autocontrolo e a gestão que cada estudante faz do seu tempo (Deliens, Clarys, De Vourdeaudhuij, & Deforche, 2014). Tendo em conta o aumento da independência por parte dos indivíduos nesta fase do seu desenvolvimento, é importante estudar qual o impacto destas motivações.

Desta forma, optar por uma alimentação saudável no contexto universitário revela-se desafiante, ainda que necessário, sobretudo tendo em consideração as responsabilidades académicas e o envolvimento em atividades fora do meio académico, dado que uma maior carga horária implica uma melhor gestão do tempo e, por conseguinte, pode levar os estudantes a optarem por alimentações mais rápidas e económicas. As opções dos universitários, quando se trata de alimentação, são, sobretudo, cafetarias, *snacks* e *fast food* sendo, desta forma, necessária motivação intrínseca para adotar uma dieta mais saudável (Cluskey e Grobe, 2018).

Quando conjugada a inexistência de cuidados com a alimentação com a ausência de prática de atividade física (variável que será descrita de seguida), verificam-se alterações ao nível, por exemplo, do peso, como ocorreu no estudo de Racette, Deusinger, Strube, Highstein e Deusinger (2005), onde o aumento de peso ocorreu em cerca de 70% dos estudantes cujos comportamentos apresentavam essas características, verificando-se também a não adesão à prática regular de desporto em cerca de 30%. Assim, é importante considerar que tanto o peso equilibrado (fruto de uma alimentação ajustada), como a adesão à prática de desporto, providenciam uma oportunidade para aderir a diversos outros comportamentos saudáveis (Pronk et al., 2004).

Assim sendo, é mencionado no estudo de Deliens e colaboradores (2014) que a oferta de opções mais saudáveis e económicas, tanto em cantinas universitárias, como em máquinas de venda, seria uma opção viável para uma melhor alimentação. Além disso, é ainda referido pelos participantes do estudo a utilidade relativa à existência de uma aula dedicada a uma alimentação saudável, pois as suas escolhas acabam por ter uma grande influência tanto por parte dos pais, como por parte dos companheiros de casa. Quando os estudantes universitários permanecem na sua residência com os pais, são estes quem mais controla a

alimentação dos filhos, não se verificando, neste caso, alterações nos padrões alimentares aquando da entrada no ensino universitário (Deliens et al., 2014). Neste sentido, num estudo de Papadaki e colaboradores (2007) ficou demonstrado que na população estudada não se verificaram alterações na dieta dos estudantes que não mudaram de residência quando ingressaram o ensino universitário. Por seu lado, ocorreram alterações positivas na alimentação dos estudantes deslocados da sua residência, tais como a diminuição do consumo de pão branco e da margarina.

Na literatura surge um conceito associado a estes aspetos, denominado por competência alimentar (Satter, 2007a; Quick, Shoff, Lohse, White, Horacek & Greene, 2015). Segundo Satter (2007a), esta é definida como uma abordagem à alimentação que tem em conta as atitudes e comportamentos que os indivíduos revelam face à mesma e que conduzem a resultados biopsicossociais positivos. Desta forma, Satter (2007a) acrescenta, ainda, que essas atitudes se referem a nutrir interesse pela alimentação, autogestão da própria alimentação e equilíbrio entre o que se quer comer, o que se escolhe comer e as quantidades ingeridas. No seu estudo, Quick e colaboradores (2015) mostraram uma associação entre a competência alimentar e os padrões de sono, mostrando que esta é mais elevada em pessoas com melhor qualidade de sono.

A adoção de uma alimentação equilibrada é referenciada pelos seus benefícios para a saúde e pelo seu impacto em diversas áreas de vida, por exemplo a inclusão de frutas e vegetais num plano alimentar contribui para a diminuição do stresse percebido (Dodd et al., 2010). Por outro lado, a reduzida prática de exercício por parte de alguns estudantes universitários, bem como a baixa ingestão de frutas e legumes, conduz a que muitos alunos atinjam um peso superior ao recomendado (Ferrara, Nobrega & Dulfan, 2013). Não obstante, a não ingestão regular de pequeno-almoço constitui um indicador de um padrão alimentar não saudável, sendo a toma regular de pequeno-almoço associada a estudantes mais velhos, do sexo feminino, não fumadores e cujos praticam exercício regularmente (Thiagarajah & Torabi, 2009).

1.3.2. Prática de exercício físico

Do ponto de vista concetual, a atividade física refere-se à existência de uma rotina onde se pratiquem, com frequência, exercícios de força ou tonificação (Taliaferro et al., 2008). A adoção de um estilo de vida onde a prática de exercício é regular proporciona diversos benefícios para a saúde dos indivíduos e para os seus níveis de satisfação, nomeadamente manutenção do funcionamento do corpo, desenvolvimento ao nível da personalidade e da própria mentalidade (Leonte, 2012, citado por Georgian e Lorand, 2016), o que é corroborado pela associação positiva existente entre prática de exercício físico e saúde mental (Taliaferro et al., 2008).

Ao nível das suas implicações, o exercício físico aparece na literatura com atuando de forma positiva em diversas variáveis psicológicas, particularmente através de mecanismos

biológicos e psicológicos (Plante & Rodin, 1990), podendo contribuir para uma melhor saúde mental e para um melhor desempenho académico (Trinh, Wong & Faulkner, 2015).

De acordo com a literatura (Dinger & Vesely, 2001; Moreno-Gómez et al., 2012), a prática de atividade física, tanto por adolescentes como por jovens adultos, traduz-se em alterações ao nível de outros comportamentos de saúde, tais como adotar uma alimentação saudável e menor consumo tabágico, revelando, por sua vez, que a sua reduzida prática constitui um preditor de saúde menos positivo no futuro (Johansson & Sundquist, 1999).

Nesse sentido, num estudo de Johnson e colaboradores (1998) concluiu-se, após estudar a relação entre exercício físico e outros comportamentos de saúde praticados por estudantes universitários, que aqueles que praticavam exercício físico tendiam a adotar uma alimentação mais saudável que os estudantes que não praticam exercício (Dinger & Vesely, 2001). Ainda assim, não se tem encontrado uma relação entre as horas semanais de prática de exercício físico e a qualidade da alimentação, demonstrando que um maior número de horas dedicado à atividade física não corresponde a uma dieta mais saudável (Moreno-Gómez et al., 2012).

Segundo o estudo de Dinger e Vesely (2001), a reduzida prática de exercício físico está significativamente associada ao tabagismo, ao uso inconstante do cinto de segurança, e ao consumo inadequado de frutas e legumes (Dinger & Vesely, 2001). Além disso, os autores relataram ainda uma forte correlação entre o consumo de frutas/vegetais e a prática de exercício físico.

Não obstante, pessoas que são conscienciosas para com a sua saúde e praticam exercício físico, tendem a evitar elevados consumos de álcool, ainda assim, pode verificar-se uma correlação positiva entre ambos os comportamentos em indivíduos cujo estilo de vida consiste na busca de riscos. Contudo, sujeitos que consomem bebidas alcoólicas em elevadas quantidades, podem apresentar tendência para uma maior prática de exercício físico com o objetivo de compensar os efeitos negativos do consumo de álcool (French et al., 2009).

No que concerne às diferenças de género, o sexo masculino aparece na literatura como praticando mais exercício físico do que o sexo feminino (Moreno-Gómez et al., 2012), ainda que também seja o género masculino o que passa mais do seu tempo em atividades sedentárias como, por exemplo, ver televisão ou estar no computador (Buckworth & Nigg, 2004).

Além disso, segundo o estudo de Thome & Espelage (2004), a prática de exercício por parte de estudantes universitários do sexo masculino promove um maior afeto positivo e uma maior satisfação com a vida, quando comparado com a prática por parte de estudantes do sexo feminino. Por sua vez, o estudo da prática de exercício físico por parte do sexo feminino mostrou-se mais complexo, dado que este se encontra correlacionado tanto com o afeto positivo, como com o afeto negativo (e não com depressão, ansiedade, satisfação com a vida ou autoestima). Este aspeto pode dever-se ao facto de existirem diferentes motivações para a prática de exercício (Thome & Espelage, 2004).

No geral, os estudantes que praticam desporto tendem a apresentar uma melhor saúde mental e um menor stresse percebido quando comparados com os estudantes que não praticam qualquer atividade física (Berkel & Reeves, 2017; VanKim & Nelson, 2013), o que é corroborado pelo estudo de Thome e Espelage (2004), onde é referido que a prática de atividade física se encontra associada com menores indicadores de depressão e de ansiedade e menor afeto negativo. Além disso, a prática de atividade física, qualquer que seja a modalidade, contribui para a diminuição de ideação suicida (Taliaferro et al., 2008), bem como para a diminuição dos níveis de stresse (Berkel & Reeves, 2017; Dodd et al., 2010) e para uma maior satisfação com a vida (Grant, Wardle & Steptoe, 2009).

Em suma, é preponderante considerar o período de transição entre a adolescência e a idade adulta como uma fase na qual se deve promover a adesão à prática de desporto, em oposição à diminuição de atividades sedentárias, como ver televisão, jogar videojogos ou estar no computador (Gordon-Larsen, Nelson & Popkin, 2004).

1.3.3. Consumo de tabaco/álcool/substâncias

O contexto social, neste caso o contexto universitário, desempenha um papel preponderante no consumo de substâncias e na prática de atividade física. No estudo de Lisha, Martens e Leventhal (2011) verificou-se que é no início da idade adulta que o contexto social tem maior impacto nestas duas variáveis.

Neste sentido, na fase de transição entre a adolescência e a vida adulta, ao começarem a viver sozinhos, de entre os diversos desafios com que se deparam os estudantes universitários, alguns deles podem levar ao desenvolvimento de comportamentos aditivos, designadamente uma maior propensão para o consumo de bebidas alcoólicas, devido à maior autonomia e menor supervisão por parte dos pais (Bingham, Shope & Tang, 2005; Fromme et al., 2008), aspeto que não tem sido muito explorado pelas investigações. Embora, de acordo com White, Labouvie e Papadaratsakis, (2005) e com Carter, Brandon & Goldman (2010), não se verificam diferenças significativas entre o consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes universitários e os seus pares não estudantes.

O consumo de álcool, a par da presença de sintomatologia depressiva, é uma das maiores preocupações junto de estudantes universitários (Selkie, Kota, Chan & Moreno, 2015) e a literatura estabelece uma relação positiva entre o consumo de álcool e indicadores de depressão que, em última instância, podem conduzir à presença de ideação suicida (Dvorak, Lamis & Malone, 2013).

Relativamente aos fatores causais associados ao consumo de álcool por parte dos estudantes universitários, estes parecem ser variados, como a eventual suscetibilidade genética dos indivíduos para beber, consumos anteriores, atitudes parentais face à bebida e a acessibilidade à bebida (Due et al., 2011; Sussman & Arnett, 2014; White & Hingson, 2013).

No que concerne às consequências associadas ao elevado consumo de bebidas alcoólicas, estas podem incluir ausência escolar, conseqüente baixo rendimento académico,

agressões físicas e/ou sexuais, relações sexuais desprotegidas, condução perigosa, perdas de memória, lesões, overdoses, alterações no funcionamento cerebral e défices cognitivos (White & Hingson, 2013).

De acordo com Atalay (2011), indivíduos que apresentem elevados valores de consumo de bebidas alcoólicas ou de drogas apresentam também maior propensão para insónias.

Além disso, num estudo realizado por Lisha, Martens e Leventhal (2011) acerca do consumo de álcool e a prática de exercício físico, com indivíduos com idades superiores a 18 anos, verificou-se que a relação entre as duas variáveis é mais forte em sujeitos entre os 20 e os 25 anos, sendo esta relação mais significativa nos participantes do sexo masculino. Esta associação é reforçada com o estudo de Abrantes e colaboradores (2017), no qual os indivíduos que apresentam maior consumo de álcool, são também aqueles que praticam mais exercício físico, não sendo nenhum dos dois utilizado como uma estratégia de *coping*.

De acordo com a literatura, Bravo, Pearson, Stevens & Henson (2016) salientam a hipótese de que o consumo de álcool pelos estudantes seja utilizado enquanto estratégia de *coping* para lidar com a presença de sintomatologia depressiva. Ainda assim, essa relação não se verifica em amostras da mesma idade que não se encontrem a estudar no ensino superior (Kenney, Anderson & Stein, 2018), revelando, uma vez mais, o impacto da acessibilidade por parte dos jovens estudantes. Esta hipótese é reforçada num estudo que demonstra que quanto maior a sintomatologia depressiva dos estudantes, maior a tendência para o consumo de bebidas alcoólicas, tratando-se de uma estratégia de *coping* para os estudantes lidarem com a tristeza e com o choro (Geisner, Mallett & Kilmer, 2012). Ainda neste sentido, o estudo de Fergusson, Boden e Horwood (2009) verifica uma comorbilidade entre a dependência de álcool e a depressão major.

No que concerne ao género, o consumo em excesso de bebidas alcoólicas aparece mais associado ao sexo masculino, tanto no que concerne à quantidade como à frequência de ingestão (Bingham, Shope & Tang, 2005; Geisner, Mallett, & Kilmer, 2012).

Relativamente ao consumo tabágico, este encontra-se positivamente associado à sintomatologia depressiva (Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004) e tende a aumentar no período de transição entre o ensino secundário e o universitário, tanto no sexo masculino como no feminino (Bingham, Shope & Tang, 2005), ainda assim, White, Lavousie e Papadaratsakis (2005) revelam que este é superior entre não estudantes.

Segundo a literatura, os jovens que consomem tabaco são mais propensos a ter problemas de consumo de outras substâncias, nomeadamente substâncias psicoativas, ainda que esta associação seja mais proeminente no sexo feminino (Conway, et al., 2017). Este consumo de drogas constitui uma problemática social persistente que causa um impacto negativo ao nível da saúde (Conway, et al., 2017).

Existe também uma relação próxima entre o consumo de tabaco e a ingestão de bebidas alcoólicas e os fumadores tendem a apresentar outros comportamentos de risco (Keller et al., 2008), no entanto, não se verifica nenhuma associação entre o consumo de álcool, uma dieta equilibrada e a prática de atividade física (Moreno-Gómez et al., 2012).

Além disso, o contexto social desempenha, de acordo com Lisha, Martens e Leventhal (2011), uma grande influência tanto no envolvimento na prática de exercício físico como no consumo de bebidas alcoólicas.

1.4. Ansiedade e depressão

A ansiedade e a depressão constituem duas das perturbações mentais mais prevalentes na população em geral (Anxiety and Depression Association of America [ADAA], 2018) que, de acordo com a OMS (2017), em 2015 estavam presentes numa percentagem considerável da população: 4.4% da população estudada revelou depressão e 3.6% manifestou presença de perturbações de ansiedade. Neste estudo da OMS (2017) foi ainda possível verificar alguns dados epidemiológicos acerca das perturbações. Assim sendo, no que concerne à depressão, concluiu-se que esta é, em todas as regiões, mais prevalente nas mulheres (aproximadamente 5% no continente europeu) e que a sua prevalência ronda os 6% na faixa etária compreendida entre os 20 e os 24 anos. Por sua vez, a ansiedade está também mais presente no género feminino (rondando, igualmente, uma prevalência de 5% nas mulheres da Europa) e manifesta-se em cerca de 5.5% dos jovens adultos com idades entre 20 e 24 anos (OMS, 2017).

A American Psychological Association (APA) considera que a ansiedade, ou Perturbação de Ansiedade Generalizada de acordo com o DSM-5, se refere à existência de sintomas de ansiedade e preocupação excessivas e recorrentes, presentes em vários contextos e difíceis de controlar por parte do indivíduo (APA, 2014). A estes sintomas, que causam mal-estar significativo ao indivíduo, estão associados outros, tais como agitação e/ou nervosismo, fadiga, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e alterações dos padrões de sono.

A ansiedade pode desenvolver-se em idades muito precoces do desenvolvimento infantil quando as crianças começam a sentir medos mal adaptativos, fruto de avaliações erróneas sobre o grau de ameaça causado por determinado estímulo. Crianças que apresentem perturbações de ansiedade na infância encontram-se em risco de vir a desenvolver perturbações de ansiedade e de humor na idade adulta (Carr, 2014).

Em crianças e adolescentes, a prevalência das perturbações de ansiedade varia entre 6% e 10%, estando mais presentes nos rapazes. Além disso, com a entrada na adolescência, aumenta a prevalência da Perturbação de Ansiedade Generalizada, da Perturbação de Pânico e da Fobia Social face às restantes perturbações de ansiedade (Carr, 2014).

No que concerne à Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), esta afeta, do ponto de vista clínico, diversas vertentes da vida do indivíduo, nomeadamente a perceção do ambiente envolvente, que é antecipado como ameaçador; a cognição, que leva a catastrofizações sobre problemáticas irrelevantes; à ativação, que origina uma elevada hipervigilância; bem como ao afeto, ao comportamento e ao ajustamento interpessoal,

dimensões que também se deterioram na presença de uma perturbação de ansiedade (Carr, 2014).

Para o desenvolvimento desta perturbação em idade precoce devem considerar-se alguns fatores de risco, tanto pessoais como contextuais, tais como predisposições genéticas, aspetos psicológicos (por exemplo, ao nível do temperamento ou da autoestima) ou aspetos da vida familiar, nomeadamente a relação entre os pais e a criança/adolescente ou a presença de sintomatologia ansiógena nos progenitores. Contudo, o espelhar da problemática pode verificar-se devido a um acontecimento precipitante, que pode ser uma transição do ciclo de vida, uma rutura numa amizade ou uma mudança de casa. Depois de instalado, o quadro de perturbação de ansiedade generalizada pode manter-se através de alguns fatores, particularmente evitamentos dos estímulos geradores de ansiedade e negação ou ambivalência da família no que concerne à resolução da problemática. Porém, podem verificar-se fatores protetores que contribuam para uma intervenção mais eficiente e para uma resposta mais promissora por parte do jovem e da respetiva família, tais como um quociente de inteligência (QI), autoestima e temperamento propícios, uma boa relação entre a família e os profissionais de saúde e um bom suporte social (Carr, 2014).

Quanto à depressão, ou Perturbação Depressiva *Major* (PDM) de acordo com o DSM-5, esta é caracterizada pela presença diária no indivíduo de vários sintomas, nomeadamente humor deprimido, insónia e/ou fadiga, perda de interesse em atividades que antes eram prazerosas, alterações dos padrões alimentares - resultando em perda ou aumento significativo de peso -, agitação ou lentificação (aspeto que indica uma maior gravidade do quadro), presença de sentimentos de desvalorização e/ou de culpa, diminuição da capacidade de concentração e ideação suicida (APA, 2014). De notar que a estes sintomas está associado um mal-estar que tem impacto nas diversas áreas da vida do indivíduo.

Tal como foi referido acerca da ansiedade, também a depressão pode surgir muito cedo, tratando-se de uma condição delicada e exigente, não só para a criança/adolescente, como para os seus familiares e grupos de pares. A PDM, por ser uma problemática frequente, é preocupante na medida em que jovens que a desenvolvam em idades precoces, serão mais propensos a apresentar episódios depressivos em idade adulta (Carr, 2014).

Relativamente à sua prevalência em crianças e adolescentes, a depressão surge em cerca de 2% a 9%, sendo mais comum na adolescência e no género feminino, ainda que na pré-adolescência seja mais prevalente em rapazes (Carr, 2014).

A presença de depressão manifesta-se, na sua globalidade, pela existência de perdas e alterações. Numa visão clínica, e tal como a ansiedade, a depressão afeta diversas dimensões da vida dos indivíduos. Nesse sentido, podemos considerar que, ao nível da perceção, se verificam alterações que conduzem a uma visão mais negativa dos acontecimentos; do ponto de vista da cognição, manifesta-se essa visão negativa, bem como culpa e até mesmo ideação suicida; em relação ao afeto, verifica-se um humor deprimido e irritável, a par de dificuldade em vivenciar prazer; o estado somático revela cansaço, alterações nos padrões alimentares e do sono; relativamente ao comportamento, este traduz-

se por agitação ou lentificação psicomotora e, por fim, observa-se uma deterioração nas relações familiares e sociais ao nível do ajustamento interpessoal (Carr, 2014).

Como fatores de risco para a existência desta problemática em crianças e adolescentes podemos considerar também as predisposições genéticas e as complicações durante e após a gravidez, bem como um QI, temperamento e autoestima desfavoráveis. Além disso, também a existência de dificuldades na relação com os pais ou um estilo parental desajustado, tal como problemáticas de abuso infantil ou desigualdade social podem constituir exemplos de fatores predisponentes para o desenvolvimento de um quadro de depressão. Este pode ser notado aquando da ocorrência de um acontecimento precipitante, nomeadamente um luto, uma separação ou uma mudança abrupta. Neste panorama, surgem ainda os aspetos que contribuem para a manutenção do quadro, tais como distorções cognitivas negativas, autorreforços e autoestima reduzidos, agressividade e autopunição, ambiente familiar disfuncional e pouco suporte social. No entanto, caso se verifique a influência de fatores de proteção, o prognóstico pode apresentar-se mais positivo. Neste sentido, constituem exemplos destes fatores um estilo atribucional otimista, a presença de estratégias de *coping* adequadas, a aceitação do problema por parte da família, uma boa relação entre os pais e a criança/adolescente a existência de uma rede de suporte (Carr, 2014).

Existe uma relação entre fatores psicológicos e comportamentos desajustados (Cuberos et al., 2018) e, de acordo com um estudo de Zochil (2013), verifica-se uma relação positiva entre os estilos de vida adotados pelos estudantes universitários, neste caso, e a sua consequente saúde mental, concluindo que os problemas de saúde mental são prevalentes nesta população. Por outro lado, uma baixa qualidade de sono revela-se prevalente e comórbida com esta problemática (Atalay, 2011).

A prevalência dos problemas psicológicos em estudantes universitários varia entre 2% a 50%, sendo a ansiedade e a depressão duas problemáticas comuns (Bhujade, 2017), estando a depressão, em última instância, associada à presença de ideação suicida (Garlow et al., 2008), daí a relevância de estudar esta temática.

1.4.1. Indicadores de ansiedade e depressão em estudantes universitários

O início da idade adulta é o período que constitui o pico no que concerne às vulnerabilidades para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, tratando-se de uma perturbação frequente na adolescência e no início da idade adulta (Hysenbegasi, Hass & Rowland, 2005; Klein et al., 2013).

Neste sentido, a entrada no ensino universitário é marcada por muitos inícios e por muitas experiências novas no que concerne a um novo estilo de vida com novos amigos, com contacto com outras culturas e com diferentes formas de encarar a vida, o que pode proporcionar um aumento dos níveis de stresse e ansiedade no seio dos estudantes. Caso estes não consigam gerir adequadamente estas situações, pode verificar-se alguma pressão sobre os

jovens e, inclusive, sentimentos de inadequação (Bhujade, 2017). O estudo de Bhujade (2017) reforça a necessidade de a universidade intervir junto dos estudantes, educando a comunidade académica e as respetivas famílias acerca de perturbações psicopatológicas como a depressão, do risco de suicídio e dos tratamentos disponíveis.

De acordo com Barrera e Norton (2009), os estudantes que apresentam sintomatologia ansiógena relatam menor qualidade de vida o que salienta a necessidade de, para além de avaliar este construto, incluí-lo também no tratamento das perturbações de ansiedade, de forma a melhorar a qualidade de vida. Ainda assim, a depressão aparece na literatura como tendo um maior impacto na qualidade de vida do que a ansiedade.

Assim sendo, a ansiedade e a depressão constituem uma preocupação no que concerne à saúde mental de estudantes universitários, tendo em conta que se trata de uma condição prevalente neste grupo (Mokruie & Acri, 2015; Zochil & Thorsteinsson, 2018), ideia que é reforçada no estudo longitudinal de Benton e colaboradores (2003), onde se verificou que, ao longo de vários anos durante os quais decorreu o estudo, o número de estudantes com depressão duplicou, o que pode dever-se ao aumento de problemas relacionados com o desenvolvimento, com as relações interpessoais ou com as competências académicas necessárias. Assim, existem aspetos que podem contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, nomeadamente as relações interpessoais e familiares de baixa qualidade e uma tendência personalística para ser dependente dos outros ou desconforto em estar próximo de outros (Eberhart & Hammen, 2006; Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004; Norwood, Rawana & Brown, 2013).

Além disso, também a baixa autoestima e baixo rendimento escolar na adolescência constituem fatores preditores de sintomatologia depressiva na idade adulta (particularmente no sexo feminino), sendo a má relação com os pais e a dificuldades na relação com os pares aspetos associados a ambos os géneros (Pelkonen, Marttunen, & Aro, 2003; Stapleton & Empson, 2013).

De acordo com estudos prévios, os fatores de risco para o desenvolvimento de Depressão Major em jovens adultos são, de forma geral, género feminino, história familiar de perturbações de humor, abusos sexuais na infância, passado de perturbação de ansiedade, alterações nos padrões de sono, problemas de saúde autorrelatados, sintomas depressivos subentendidos, problemas de consumo de álcool e ideação suicida (Klein et al., 2013; Pelkonen, Marttunen, & Aro, 2003; Richards & Sanabria, 2014). Desta forma, verifica-se que o desenvolvimento de uma perturbação como a depressão ocorre devido à influência de diversos fatores de diferentes níveis, nomeadamente pessoal, familiar, social e académico (Villatte, Marcotte, & Potvin, 2017).

Segundo Andrews e Chung (2011, citados por Zochil e Thorsteinsson, 2018), quando os estudantes universitários recorrem a serviços de aconselhamento, fazem-no, primordialmente, devido a sintomas associados a ansiedade, depressão e stresse. Desta forma, os sintomas mais referidos pelos estudantes no estudo de Geisner, Mallett e Kilmer (2012) referem-se a fadiga, perdas de energia, alterações nos padrões alimentares e auto

criticismo, estando alguns deles associados ao local de residência dos estudantes. Além disso, os estudantes salientam ainda, num estudo (Henry, Cormier, Hebert, Naquin & Wood, 2018) sentir-se ansiosos e preocupados sempre que se sentem pressionados pelo tempo de que dispõem para a realização das suas tarefas, sendo este também um fator influente no desenvolvimento de sintomatologia ansiógena e depressiva.

Associado à depressão, podem também encontrar-se problemas de sono, nomeadamente privação do mesmo (Geisner, Mallett e Kilmer, 2012). A privação de sono e o sono inadequado são condições prevalentes entre estudantes e podem, conseqüentemente, conduzir à existência de uma alimentação inadequada à base de alimentos com demasiadas calorias e um número reduzido de frutas e vegetais, afetando, assim, diversas áreas da vida dos sujeitos (Weiss, Xu, Storfer-Isser, Thomas, levers-Landis, & Redline, 2010). A literatura refere que os problemas de sono, quando verificados durante o período do ensino secundário, têm tendência a perpetuarem-se quando os estudantes integram o ensino universitário (Lund, Reider, Whiting, & Richard, 2010). Além disso, numa meta-análise de Baglioni e colaboradores (2011) salienta-se que os indivíduos que não apresentam sintomatologia depressiva, mas referem problemas de sono, nomeadamente insónia, têm mais probabilidades de vir a sofrer de depressão.

De acordo com a literatura, quando se verifiquem problemas de sono, deve ser feita uma avaliação, mesmo que meramente de despistagem, para verificar a eventual presença de indicadores de ansiedade e/ou depressão, tendo em conta que parece existir uma relação de influência bidirecional entre ambas (Alvaro, Roberts & Harris, 2013). Além disso, a depressão pode surgir associada a problemas de sono, bem como a um baixo bem-estar subjetivo, isto é, má qualidade de sono é positivamente associada com sintomatologia depressiva (Peach, Gaultney & Gray, 2016).

Por seu lado, a qualidade de sono é afetada pelos estilos de vida adotados pelos indivíduos, tal como a rotina e o stresse (Monma et al., 2018). Num estudo de Nyer e colaboradores (2013), os estudantes que apresentam sintomatologia depressiva e problemas de sono tendem a percecionar uma maior dificuldade associada às tarefas académicas, mostrando a influência dos indicadores de depressão em diversas vertentes da vida dos estudantes. Ainda que não se verifique uma associação entre a severidade da depressão e a presença de problemas de sono, estudantes com sintomatologia depressiva que apresentem problemas de sono podem relatar, conseqüentemente, maior sintomatologia ansiógena (Nyer et al., 2013).

Segundo o estudo de Bouteryre e colaboradores (2007), há três fatores que podem influenciar a presença de indicadores de depressão na população estudantil, sendo eles os desafios do dia-a-dia, as estratégias de *coping* e o suporte social. Sendo que, por exemplo, os desafios diários e o *coping* centrado na emoção se revelaram preditores de sintomatologia positiva, ao invés do suporte social percebido, que se mostrou associado a menores indicadores de depressão.

A presença de sintomatologia depressiva em estudantes universitários tem implicações em diversas áreas das suas vidas, nomeadamente nas competências de estudo e na performance académica. Além disso, a existência de sintomatologia depressiva influencia a forma como um estudante se irá alimentar, estando implícita a relação entre a perturbação e os padrões alimentares (Stapleton & Empson, 2013; Hysenbegasi, Hass & Rowland, 2005).

Assim sendo, verifica-se uma relação entre a presença de sintomatologia depressiva e o estilo alimentar adotado pelos indivíduos (Stapleton & Empson, 2013), sendo realçada na literatura a *alimentação emocional*, ou seja, a ingestão alimentar como resposta a estados emocionais, nomeadamente raiva ou ansiedade (Norwood, Rawana & Brown, 2013). Neste sentido, indicadores de depressão mais elevados são associados a níveis mais elevados de *emotional eating* (Konttinen et al., 2010; Ouwens et al., 2009).

É ainda salientada na literatura a relação entre a depressão e a presença de problemas de saúde, indicando a possibilidade de esta poder ter um papel negativo nos indivíduos, aumentando o seu risco para adoecerem, ainda que se verifique a crença de que os processos cognitivos possam ter uma maior influência em problemas de saúde devido ao seu efeito potencialmente negativo (Doom & Haefel, 2013). Não obstante, existem outras associações relativas à sintomatologia depressiva que impactam a vida dos indivíduos, nomeadamente a presença de estilos cognitivos negativos aumenta, segundo um estudo de Alloy e colaboradores (2006), a vulnerabilidade para o desenvolvimento de depressão, bem como ausência de objetivos está fortemente associada à presença de sintomatologia depressiva (Villatte, Marcotte, & Potvin, 2017).

O facto de a entrada no ensino universitário implicar, em muitos casos, uma mudança de residência, também tem impacto na temática desta investigação. Segundo um estudo de Beiter e colaboradores (2015), os estudantes que vivem dentro do campus (ou seja, em residências universitárias) apresentam menos indicadores de ansiedade e depressão quando comparados com os estudantes que vivem em habitações, particularmente pela questão financeira e pela necessidade de, no segundo caso, terem de gerir contas, planear a sua alimentação e resolver quaisquer dificuldades que surjam no contexto do seu apartamento. Além disso, estudantes que se transferem de uma instituição para outra apresentam maiores indicadores de ansiedade e depressão, realçando a utilidade que teria a criação de programas de integração (Beiter et al., 2015).

No que concerne ao género, a depressão surge mais associada ao feminino (Kuczmarski et al., 2010; Raza et al., 2018), o que pode ser justificado pelas mudanças na aparência e pela possibilidade de vivenciarem uma maturação mais precoce, relativamente aos seus pares (Dhanalakshmi, 2014). No estudo de Geisner, Mallett e Kilmer (2012), uma parte significativa da amostra apresenta sentimentos de pessimismo, culpa, sensação de fracasso e perda de confiança e interesse. O estudo revela ainda que o sexo feminino experiencia mais choro, mais perda de energia e mais cansaço que o sexo masculino. De acordo com Bitsika, Sharpley e Melhem (2010), o sexo feminino apresenta igualmente maior sintomatologia ansiógena. Num estudo de Eisenberg e colaboradores (2007), 13,8% dos

estudantes sem graduação e 11.3% dos graduados revelaram sintomatologia depressiva e, no que concerne à ansiedade, a sintomatologia estava presente em 4.2% dos estudantes sem graduação e em 3.8% dos estudantes graduados, sendo que, no caso da ansiedade, o sexo feminino apresentava duas vezes mais sintomatologia que o masculino.

Capítulo II - Metodologia

2.1. Desenho e objetivos

O presente estudo assenta em metodologias quantitativas de cariz descritivo, procurando, inicialmente, descrever as variáveis analisadas, e correlacional, tendo como intuito analisar a relação existente entre as diferentes variáveis. Além disso, trata-se também de um estudo transversal, tendo em conta que os dados foram recolhidos num único momento.

Desta forma, os objetivos gerais desta investigação prendem-se com a análise da relação existente entre os comportamentos de saúde adotados pelos estudantes universitários e a presença de indicadores de ansiedade e depressão nesses mesmos estudantes.

Como objetivos específicos, foram definidos: 1) caracterizar os comportamentos de saúde (hábitos alimentares, atividade física e consumo de substâncias) dos participantes e 2) analisar as relações entre os comportamentos de saúde, os níveis de ansiedade e depressão e as variáveis sociodemográficas. Assim, a questão que orienta este estudo é: como é que os comportamentos de saúde (adoção de uma alimentação saudável, a prática de exercício físico e o não consumo de substâncias) se relacionam com a presença de indicadores de ansiedade e depressão?

2.1.1. Hipóteses

Tendo em conta os objetivos da investigação e a informação recolhida para o enquadramento conceptual, foram formuladas algumas hipóteses, fundamentadas com base na literatura, referentes à temática em estudo, que serão descritas neste tópico. Inicialmente são apresentadas hipóteses associadas a diferenças relativas ao género, tanto no que concerne à prática de exercício físico, como relativamente a indicadores de ansiedade e de depressão. Posteriormente, são formuladas hipóteses com base na relação existente entre diferentes comportamentos de saúde, nomeadamente a relação entre as horas de sono e a alimentação, entre a alimentação e a prática de atividade física, entre o consumo tabágico e a prática de atividade física.

Hipóteses relativas a diferenças de género:

Na literatura têm surgido evidências de diferenças significativas relativamente ao género. Neste sentido, Quintiliani e colaboradores (2010) demonstraram no seu estudo que as estudantes do género feminino apresentam menor propensão para a prática de exercício físico, quando comparadas aos seus colegas do género masculino, associando, assim, a variável sociodemográfica a um comportamento de saúde. Por outro lado, o género também se encontra associado à presença de psicopatologia, nomeadamente nas investigações de

Mokrue e Acri, (2015) e de Villatte, Marcotte e Potvin (2017) onde é referida uma maior presença de sintomatologia ansiógena e depressiva em estudantes do género feminino.

Hipótese 1: Estudantes do género feminino praticam menos exercício físico.

Hipótese 2: Estudantes do género feminino apresentam indicadores de ansiedade e depressão mais elevados.

Hipóteses relativas à relação entre os comportamentos de saúde:

A existência de determinado comportamento de saúde tende a espoletar a presença de outros comportamentos do mesmo cariz, sendo que os indivíduos, na sua globalidade, praticam diversos comportamentos de saúde em simultâneo, não se limitando apenas à prática de um. O mesmo acontece com os comportamentos de risco, isto é, quando um indivíduo manifesta um comportamento nocivo para a sua saúde, apresenta maior probabilidade de praticar outros comportamentos do mesmo tipo (Lippke, Nigg & Maddock, 2012).

A par desta associação, existem referências que relacionam o número de horas de sono com a qualidade da alimentação (Quick et al., 2015) e o número de refeições diárias com a prática de exercício físico (Thiagarajah & Torabi, 2009). Além disso, também a prática de exercício físico se encontra associada ao consumo tabágico (Dinger & Vesely, 2001).

Hipótese 3: Estudantes que dormem menos de 7h/dia alimentam-se pior.

Hipótese 4: Estudantes que tomam menos refeições por dia praticam menos exercício físico.

Hipótese 5: Estudantes que fumam praticam menos exercício físico.

Hipóteses relativas à presença de sintomas de ansiedade e depressão:

A presença de indicadores de ansiedade e depressão na população universitária é, como já foi referido, uma problemática frequente e, por isso, preocupante, sendo muito referida na literatura. Assim, verifica-se uma associação negativa entre a prática de exercício físico e a existência de sintomatologia depressiva e ansiógena (Gieck & Olsen, 2007; Mokrue & Acri, 2015), bem como entre uma perceção menos positiva da saúde e essa mesma sintomatologia (Mokrue & Acri, 2015). Não obstante, o consumo de substância (álcool e/ou tabaco) também é relacionado na literatura com indicadores mais elevados em ambas as perturbações (Kenney, Anderson & Stein, 2018; Mokrue & Acri, 2015; Selkie, Kota, Chan & Moreno, 2015; Villatte, Marcotte, & Potvin, 2017). No que concerne aos padrões de sono, o número de horas diárias que os estudantes dormem e a sua perceção da qualidade de sono encontram-se associados à sintomatologia depressiva (Nyer et al., 2013; Peach, Gaultney & Gray, 2016). Além disso, um aspeto não referente ao género, mas particularmente pertinente nesta investigação, verificam-se evidências de que os alunos que frequentam o quarto ano, isto é, o primeiro ano do segundo ciclo, apresentam maiores indicadores de depressão (American College Health Association [ACHA], 2011, citado por Mokrue e Acri, 2015).

Hipótese 6: Estudantes do 1º ano do 2º ciclo apresentam maiores indicadores de depressão que os estudantes do 1º ano do 1º ciclo.

Hipótese 7: Estudantes que praticam exercício físico apresentam menores indicadores de ansiedade e depressão.

Hipótese 8: Estudantes que consideram a sua saúde como pobre/má apresentam maiores indicadores de ansiedade e depressão.

Hipótese 9: Estudantes que consomem substâncias (álcool, tabaco e/ou substâncias psicoativas) apresentam indicadores mais elevados de ansiedade e depressão.

Hipótese 10: Estudantes que dormem mais, apresentam menores indicadores de depressão.

Hipótese 11: Estudantes com elevados indicadores de depressão têm pior qualidade de sono.

2.2. Participantes

Participaram neste estudo 328 estudantes que frequentam o primeiro ano do 1º ciclo e o primeiro ano do 2º ciclo do ensino superior na Universidade da Beira Interior (UBI). Trata-se de uma amostra recolhida por conveniência, tendo os dados sido recolhidos presencialmente, após obtenção do consentimento livre e informado dos sujeitos.

Como critérios de inclusão para a participação neste estudo foram definidos frequentar o primeiro ano do 1º ciclo ou o primeiro ano do 2º ciclo de estudos na UBI e falar/compreender a língua portuguesa. Foram excluídos os alunos que frequentassem cursos da Faculdade de Ciências da Saúde, na medida em que se pode pressupor uma maior literacia em saúde por parte destes alunos, o que poderia constituir uma variável parasita e influenciar os resultados.

Ao analisar a tabela 1, verifica-se que a amostra recolhida é composta maioritariamente por elementos do sexo feminino (61.9%). As idades dos participantes encontram-se compreendidas entre os 17 e os 55 anos ($M = 20.92$; $DP = 4.503$), sendo que a sua maioria tem uma idade compreendida entre 17 e 20 anos (66.8%). No que concerne ao estado civil, a grande maioria dos participantes encontra-se solteira (96.6%), havendo apenas um pequeno número de participantes que se encontram casados ou em união de facto (2.7%). Relativamente ao agregado familiar, a maioria dos participantes integra famílias de quatro ou mais elementos (42.1%), seguindo-se os agregados familiares de três elementos (33.2%), havendo uma pequena parte de indivíduos que vivem sozinhos (12.2%). Em relação à região de onde são naturais, a maioria da amostra é da região Centro (50.3%), seguindo-se da região Norte (22.3%). Existem, ainda, um elevado número de alunos estrangeiros (18.6%). A esmagadora maioria da amostra considera ter um nível socioeconómico médio (82.9%) e, por seu lado, apenas uma pequena parte revela ser trabalhador-estudante (5.5%).

Tabela 1*Caracterização dos Dados Sociodemográficos dos Participantes (N=328)*

Variáveis	Classes	n	Frequências (%)
Género	Masculino	125	38.1%
	Feminino	203	61.9%
	Outro	0	0%
Idade	17-20	219	66.8%
	21-24	74	22.6%
	>25	35	10.7%
Estado civil	Solteiro	317	96.6%
	Casado	7	2.1%
	União de facto	2	0.6%
	Divorciado	1	0.3%
Agregado familiar	Sozinho	40	12.2%
	Dois	38	11.6%
	Três	109	33.2%
	Quatro ou mais	138	42.1%
Região de onde é natural	Norte	73	22.3%
	Centro	165	50.3%
	Sul	8	2.4%
	Ilhas	17	5.2%
	Estrangeiro	61	18.6%
Nível socioeconómico	Baixo	48	14.6%
	Médio	272	82.9%
	Alto	2	0.6%
Situação profissional	Estudante	305	93%
	Trabalhador-estudante	18	5.5%

	<u>Licenciatura (1º ciclo)</u>	<u>252</u>	<u>76.8%</u>
	- Arquitetura	38	11.6%
	- Ciência Política e Relações Internacionais (CPRI)	24	7.3%
	- Ciências da Comunicação	43	13.1%
	- Cinema	17	5.2%
	- Economia	36	11.0%
	- Engenharia Eletrotécnica e de Computadores	22	6.7%
	- Informática Web	26	7.9%
Curso que frequenta	- Marketing	27	8.2%
	- Psicologia	19	5.8%
	<u>Mestrado (2º ciclo/Mestrado Integrado)</u>	<u>76</u>	<u>23.2%</u>
	- Design e Desenvolvimento de Jogos Digitais	15	4.6%
	- Marketing	2	0.6%
	- Psicologia Clínica e da Saúde	38	11.6%
	- Relações Internacionais	7	2.1%
	- Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais	14	4.3%
Ciclo que frequenta	1º ano do 1º ciclo	252	76.8%
	1º ano do 2º ciclo	76	23.2%
Faculdade	Artes e Letras	60	18.3%
	Engenharias	101	30.8%
	Ciências Sociais e Humanas	167	50.9%

Do ponto de vista das questões relacionadas com a vida académica, podemos verificar que a maioria dos participantes se encontra a frequentar o primeiro ano do primeiro ciclo (76.8%). Quando agrupados os diferentes cursos pelas respetivas faculdades a que pertencem, observa-se que a maioria pertence à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (50.9%), seguindo-se da Faculdade de Engenharias (30.9%) e, por fim, a Faculdade de Artes e Letras (18.3%). Para a maioria dos participantes, o curso que frequentam foi a sua primeira opção (74.7%) e consideram o seu desempenho académico como razoável (48.8%) ou bom (45.7%).

2.3. Instrumentos de avaliação

O protocolo utilizado neste estudo para a recolha de informação foi constituído por um questionário sociodemográfico e por duas escalas, sendo elas o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), que foram preenchidos após a assinatura de um termo de consentimento informado.

2.3.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi o primeiro questionário preenchido pelos respondentes e foi elaborado de raiz para o presente estudo, procurando recolher dados pessoais, sociais, demográficos e económicos dos participantes, a fim de proporcionar uma melhor compreensão e análise dos resultados obtidos.

Para a sua elaboração foram consideradas variáveis como a idade e o género dos respondentes, o seu estado civil e número de pessoas que constituem o agregado familiar onde se inserem, bem como a região de onde são naturais e sua perceção do nível socioeconómico. Foram também inseridas questões relacionadas com a vida universitária, nomeadamente o ano e curso que frequentam e se este foi a primeira opção aquando das suas candidaturas. Além disso, foi questionado ainda se os estudantes eram trabalhadores-estudantes, como avaliavam o seu desempenho académico e onde e com quem passavam os seus tempos-livres.

No que concerne, às questões relacionadas com a saúde, foi inquirido o peso e altura dos participantes, se já tiveram algum acompanhamento psicológico, ou internamento psiquiátrico, e se se encontram a tomar medicação. Procurou-se também saber a autoavaliação que cada indivíduo faz da sua saúde e da sua qualidade de sono, se praticam alguma atividade física ou se consomem substâncias (tabaco, álcool e substâncias psicoativas). Ao nível da alimentação, foi inquirido o número de refeições diárias.

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

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), originalmente desenvolvido por Hettler sob o nome de *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ), foi adaptado e validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, em 2004, e foi elaborado tendo por base algumas questões das categorias da secção de *Wellness* do LAQ, escolhidas de acordo com a análise de conteúdo das mesmas (Pais-Ribeiro, 2004).

O QACS propõe-se a avaliar o estilo de vida e os comportamentos de saúde, isto é, quais as precauções que as pessoas tomam a fim de preservar a sua saúde e prevenir estados de doença, integrando, assim, comportamentos associados tanto à saúde, como à doença. O QACS inclui 28 itens respondidos numa escala de *likert* de cinco pontos, que varia entre *Quase sempre* e *Quase nunca*. O tempo de resposta do seu preenchimento varia entre 5 a 10 minutos para pessoas letradas e a classificação final encontra-se compreendida entre 28 e 140, sendo que, quanto maior for a pontuação obtida pelos sujeitos, maior é a presença de comportamentos protetores da saúde. Os itens do questionário encontram-se agrupados em cinco categorias distintas, sendo elas o Exercício Físico, a Nutrição, o Auto-cuidado, a Segurança motorizada e o Uso de drogas ou similares (Pais-Ribeiro, 2004).

No presente estudo, foram apenas utilizadas apenas três dimensões devido à sua pertinência para o tema central. Assim, foi utilizada a categoria referente ao Exercício físico, que considera o “*empenho em manter boa condição física*” e é avaliada com base em três itens (itens 1, 2 e 3); a categoria de Nutrição, que se refere a uma “*escolha de alimentos*

consistente com os objetivos cientificamente definidos” e serve-se de cinco itens (itens 4, 5, 6, 18 e 22); e, por fim, a categoria do Uso de drogas ou similares, que consiste na “*capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas*” e avalia os comportamentos dos inquiridos de acordo com seis itens (itens 7, 16, 17, 19, 20 e 21) (Pais-Ribeiro, 2004).

2.3.3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), ou Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983, e traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva, em 1999, foi validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins e Meneses, em 2007. Com esta escala procura-se avaliar sucintamente os indicadores de ansiedade e depressão de doentes que se encontrem em ambiente hospitalar não psiquiátrico, a fim de examinar as mudanças verificadas ao nível dos seus estados emocionais (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar, 2007), sendo a sua aplicação bem aceite pela população em que é utilizada (Herrman, 1997).

A HADS incorpora duas escalas para poder avaliar, de forma separada, a ansiedade e a depressão (Karimova & Martin, 2003), sendo cada uma delas constituída por sete itens. Assim, no total, a HADS é constituída na totalidade por 14 itens, onde cada um é respondido numa escala de *likert* de quatro pontos (de 0, inexistência de sintomas, a 3, sintomatologia severa). Desta forma, a pontuação total obtida pode variar entre os 0 e os 21 pontos (Herrman, 1997; Marcolino et al., 2007; Pais-Ribeiro et al., 2007; Snaith, 2003).

Assim, é possível agrupar as pontuações obtidas em classes, sendo que entre 0 e 7 pontos corresponde à inexistência de sintomatologia tanto ansiógena, como depressiva; entre os 8 e os 10 verifica-se a presença de sintomatologia leve; entre 11 e os 15 considera-se a sintomatologia como moderada; e, por fim, uma pontuação entre 16 e 21 pontos indica uma sintomatologia grave (Snaith, 2003).

Desta forma, tendo em conta que a HADS demora entre dois a cinco minutos a preencher (Pais-Ribeiro et al., 2007), constitui um método rápido e útil na avaliação destas psicopatologias.

2.4. Procedimentos de investigação

Após a escolha das variáveis a estudar, considerando os interesses das investigadoras, foram selecionados os questionários e escalas a utilizar na investigação e, nesse seguimento, foram contactados os respetivos autores a fim de solicitar as autorizações necessárias para a sua aplicação. Em simultâneo, foi construído o questionário sociodemográfico, no qual se procurou incluir questões pertinentes para uma recolha de dados, que permitisse, por um lado, caracterizar os participantes e, por outro, retirar posteriores conclusões relacionadas com o tema central do estudo, aquando do cruzamento dessas informações com o resultado dos restantes questionários.

Posteriormente, após a anuência dos autores para a utilização dos seus instrumentos, foi construído o protocolo e foram contactados os docentes das turmas onde se pretendia efetuar a recolha de dados e, desta forma, iniciou-se a mesma. Os protocolos, aplicados de forma presencial, incluíram um termo de consentimento informado, com o propósito de obter um consentimento de participação por escrito da parte de cada participante. O anonimato e a confidencialidade dos dados foram salvaguardados. A aplicação dos protocolos decorreu entre os meses de abril e maio do presente ano.

2.5. Procedimentos estatísticos e análise de dados

Após a recolha de dados, estes foram inseridos no programa de análise estatística SPSS (IBM STATISTICS Version 23), no qual foram tratados quantitativamente. Realizou-se uma análise exploratória dos dados com o objetivo de decidir o tipo de testes estatísticos a que se deveria recorrer para testar as hipóteses. Assim, para testar a normalidade da distribuição dos dados, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov.

A caracterização sociodemográfica da amostra foi feita com base em procedimentos de estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão).

Procedeu-se, de seguida, à análise da consistência interna dos instrumentos utilizados, utilizando o alfa de Cronbach, seguida da análise dos resultados obtida em cada instrumento, expressos de acordo com medidas de tendência central, como a média (*M*), e medidas de dispersão, utilizando, para tal, o desvio-padrão (*DP*).

Utilizou-se o *t* de Student (*t*) para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre grupos nos resultados do QACS e da HADS, de acordo com várias variáveis sociodemográficas. Procedeu-se ao cálculo de correlação de Pearson (*r*) de modo a verificar o grau de associação/correlação existente entre as sub-escalas dos instrumentos em estudo.

Para todas as análises estatísticas efetuadas assumiu-se o intervalo de confiança de 95%, considerando estatisticamente significativos os testes com probabilidades iguais ou inferiores a 0.05, aceitando assim que há diferenças significativas entre os grupos avaliados.

Capítulo III - Resultados

Neste terceiro capítulo são apresentados os resultados da análise descritiva dos dados, bem como a análise inferencial realizada para testar as hipóteses de estudo.

3.1. Análises estatísticas preliminares

Num primeiro momento de análise, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov com o propósito de testar a normalidade dos dados. Concluiu-se que as dimensões do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), e da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), revelaram uma distribuição normal dos dados ($p < .05$) (tabela 2). Desta forma, assegurada a normalidade da distribuição dos resultados, consideram-se verificadas as condições necessárias para a utilização de estatística paramétrica (Martins, 2011).

Tabela 2

Normalidade da Distribuição dos Dados nas Dimensões do QACS e na HADS

Instrumento	Dimensões	Kolmogorov-Smirnov
QACS	Exercício Físico	.174
	Nutrição	.066
	Uso de drogas ou similares	.095
HADS	Total	.089
	Ansiedade	.097
	Depressão	.160

De seguida, como forma de testar o grau de confiabilidade do questionário e da escala relativamente aos construtos que se propõem a avaliar, foi calculado o *alfa* de Cronbach para testar a consistência interna das respetivas dimensões e a sua precisão (tabela 3).

Relativamente às três dimensões do QACS consideradas no presente estudo, a nutrição é a que apresenta um *alfa* de Cronbach mais elevado (.809), revelando uma boa consistência interna. No entanto, o exercício físico e o uso de drogas e similares apresentam uma consistência interna razoável e fraca, respetivamente, relevando uma confiabilidade reduzida.

Quanto à HADS, esta apresenta uma consistência interna muito boa ao nível da escala da ansiedade e fraca na escala da depressão.

Tabela 3*Consistência Interna dos Instrumentos Utilizados*

Instrumento	Dimensões	Alfa de Cronbach
QACS	QACS Exercício Físico	.670
	QACS Nutrição	.809
	QACS Uso de drogas ou similares	.583
HADS	Total	.843
	HADS Ansiedade	.845
	HADS Depressão	.639

3.2. Estatísticas descritivas

O procedimento seguinte consistiu numa análise estatística descritiva a fim de caracterizar os resultados obtidos pelos participantes nas variáveis desta investigação, nomeadamente sobre os comportamentos de saúde incluídos no questionário sociodemográfico, no Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) e na *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), no que diz respeito às médias, desvios-padrão, valores máximos e mínimos.

No que diz respeito aos tempos livres, a maioria dos participantes revela passá-los em casa (48.2%), acompanhados de amigos (52.4%). De entre os estudantes que revelaram praticar exercício físico (42.7%), a maioria fá-lo até três horas semanais (18.9%) e as modalidades mais praticadas são ginásio (18.7%), corrida (6.6%), caminhada (5.7%) e futebol (3.9%) (tabela 4).

No que concerne às questões relacionadas com a saúde, a grande maioria dos participantes afirma não ter, atualmente, qualquer tipo de acompanhamento psicológico (91.8%), ainda que alguns dos inquiridos já tenham sofrido um internamento psiquiátrico (2.1%) e referiram tomar algum tipo de medicação farmacológica aquando do inquérito (9.8%). Tendo em conta as respostas dos inquiridos, a medicação tomada pelos sujeitos foi agrupada em medicação psicofarmacológica (4.5%), medicação antialérgica (1.8%) e pílula anticoncepcional, sendo que esta medicação foi, na sua grande maioria, recomendada pelo médico (9.5%). A maioria da amostra revela preocupar-se com a sua saúde (95.7%), sendo que, no geral, consideram a sua saúde como boa (60.7%) ou razoável (24.4%). Quanto às questões do sono, a maioria dos indivíduos participantes no estudo revela não ter problemas de sono (68.6%) e consideram a sua qualidade de sono como razoável (38.4%) ou boa (34.8%). A maioria dos inquiridos indica fazer menos de oito horas de sono diárias (61.9%), sendo a média de cerca de 7 horas de sono ($M = 7.03$; $DP = 1.427$).

Relativamente à alimentação, a maioria dos inquiridos refere ter cuidado com a mesma (70.1%), tomando entre quatro a seis refeições diárias (68%). Do ponto de vista do Índice de Massa Corporal, a maioria da amostra encontra-se dentro da variação normal (72.6%), ainda que também se verifiquem casos de pré-obesidade (12.5%), bem como de baixo peso (7.3%), obesidade classe I (2.1%) e obesidade classe II (0.6%).

Tabela 4

Estatísticas Descritivas Relativas aos Comportamentos de Saúde Incluídos no Questionário Sociodemográfico

Variáveis	Classes	n	Frequências (%)
Onde passam os tempos livres	Casa	158	48.2%
	Faculdade	22	6.7%
	Cafés	37	11.3%
	Bares/Discotecas	6	1.8%
	Vários	105	32.0%
Com quem passam os tempos livres	Sozinho	48	14.6%
	Com amigos	172	52.4%
	Com família	19	5.8%
	Vários	87	26.5%
Prática de exercício físico	Sim	140	42.7%
	Não	187	57.0%
Horas de prática de ex. físico (semanal)	Até 3 horas	62	18.9%
	De 4 a 5 horas	36	11.0%
	Mais de 5 horas	41	12.5%
Acompanhamento psicológico	Sim	26	7.9%
	Não	301	91.8%
Internamento psiquiátrico	Sim	7	2.1%
	Não	321	97.9%
Medicação farmacológica	Sim	32	9.8%
	Não	295	89.9%
Preocupação com a saúde	Sim	314	95.7%
	Não	14	4.3%

Como consideram a sua saúde	Muito má	1	0.3%
	Má	5	1.5%
	Razoável	80	24.4%
	Boa	199	60.7%
	Muito boa	42	12.8%
Problemas de sono	Sim	101	30.8%
	Não	225	68.6%
Como classificam a qualidade do seu sono	Muito má	5	1.5%
	Má	39	11.9%
	Razoável	126	38.4%
	Boa	114	34.8%
	Muito boa	40	12.2%
Horas de sono diárias	Menos de 7 horas	100	30.5%
	Entre 7 a 8 horas	199	60.7%
	Mais de 9 horas	27	8.2%
Cuidado com a alimentação	Sim	230	70.1%
	Não	95	29.0%
Número de refeições diárias	1 a 3 refeições	96	29.3%
	4 a 6 refeições	223	68.0%
	7 ou mais refeições	8	2.4%
IMC	Baixo peso (<18,5)	24	7.3%
	Varição normal (18,5-24,9)	238	72.6%
	Pré-obesidade (25,0-29,9)	41	12.5%
	Obesidade classe I (30,0-34,9)	7	2.1%
	Obesidade classe II (35-39,9)	2	0.6%
Fuma	Sim	71	21.6%
	Não	256	78.0%
Há quanto tempo fuma?	Até 2 anos	12	3.7%
	De 2 a 4 anos	35	10.7%
	De 5 a 10 anos	19	5.8%
	Há mais de 10 anos	1	0.3%

Quantos cigarros por dia?	<5	29	8.8%
	5-10	26	7.9%
	>10	11	3.4%
Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	254	77.4%
	Não	74	22.6%
Frequência do consumo	Diariamente	15	4.6%
	Ocasionalmente	163	49.7%
	Raramente	76	23.2%
Circunstâncias em que consome álcool	Com amigos	99	30.2%
	Com familiares	2	0.6%
	Em situações sociais	11	3.4%
	Vários	141	43.0%
Consumo de substâncias psicoativas	Sim	40	12.2%
	Não	285	86.9%
Tipo de substâncias consumidas	Tranquilizantes	28	8.5%
	Estimulantes	5	1.5%
	Ambos	6	1.8%
Frequência do consumo	Diariamente	10	3.0%
	Ocasionalmente	17	5.2%
	Raramente	12	3.7%
Circunstâncias do consumo	Sozinho	2	0.6%
	Com amigos	15	4.6%
	Em situações sociais	2	0.6%
	Vários	21	6.4%

Por fim, a maioria dos participantes afirma não fumar (78%), sendo que a parte da amostra que admite o consumo tabágico fuma, na sua maioria, menos de cinco cigarros por dia (8.8%). Além disso, quando questionados sobre há quanto tempo fumam, a maioria dos participantes referiu ter hábitos tabágicos num período compreendido entre dois a quatro anos (10.7%). Por sua vez, a maioria revela consumir bebidas alcoólicas (77.4%), sendo o consumo ocasional (49.7%) e em várias circunstâncias (43%). A maioria revela não consumir substâncias psicoativas (86.9%), sendo que os participantes que revelam o seu consumo (12.2%), dizem fazê-lo apenas ocasionalmente (5.2%). O tipo de substâncias psicoativas mais utilizado pela amostra são tranquilizantes (8.5%) e, na sua maioria, os participantes revelam que o consumo de substâncias se verifica em diversas circunstâncias (6.4%).

Relativamente ao QACS (tabela 5), é possível verificar que a dimensão do Exercício físico apresenta a média mais baixa ($M = 9.26$; $DP = 3.204$), quando comparada à dimensão do Uso de drogas e similares ($M = 13.45$; $DP = 4.704$) e à Nutrição ($M = 15.73$; $DP = 4.849$). Assim, tendo em conta os valores mínimos e máximos possíveis, verifica-se uma preocupação mediana por parte dos estudantes face à prática de atividade físico e face à alimentação, com uma grande variabilidade nos resultados obtidos. Por seu lado, a dimensão do Uso de drogas ou similares obteve o resultado mais baixo se considerarmos o ponto médio da distribuição de resultados possíveis, ainda que a variabilidade das respostas também tenha sido elevada nesta dimensão.

Tabela 5

Estatísticas Descritivas do QACS

QACS	Média	Desvio-padrão	Min. - Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Exercício Físico	9.26	3.204	3-15	3-15
Nutrição	15.73	4.849	5-25	5-25
Uso de drogas ou similares	13.45	4.704	6-28	6-30

Relativamente à HADS, verifica-se que a média total do instrumento foi de 12.06 ($DP = 3.041$). Relativamente às escalas, a Ansiedade ($M = 7.62$) apresenta uma média mais elevada face à Depressão ($M = 4.43$), com uma variabilidade de resultados maior na escala de ansiedade (tabela 6).

Tabela 6

Estatísticas Descritivas da HADS

HADS	Média	Desvio-padrão	Min. - Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Total	12.06	3.041	0-33	0-42
Escala de Ansiedade	7.62	4.324	0-20	0-21
Escala de Depressão	4.43	3.041	0-16	0-21

Considerando que o ponto de corte para a presença de sintomatologia é 7, verifica-se nesta amostra alguma presença de sintomatologia ansiógena, com cerca de um quarto dos participantes a revelar sintomas moderados a graves de ansiedade (tabela 7).

Relativamente à Escala de Depressão, 13.1% dos participantes mostra sintomatologia leve, 3.7% apresenta sintomas moderados e apenas 0.3% dos indivíduos revela sintomas depressivos severos.

Tabela 7

Frequências da HADS

		n	%
HADS - Escala de Ansiedade	Inexistência de sintomas ansiógenos	174	53%
	Sintoma ansiógenos leves	64	19.5%
	Sintomas ansiógenos moderados	69	21%
	Sintomas ansiógenos severos	14	4.3%
HADS - Escala de Depressão	Inexistência de sintomas depressivos	261	79.6%
	Sintoma depressivos leves	43	13.1%
	Sintomas depressivos moderados	12	3.7%
	Sintomas depressivos severos	1	0.3%

3.3. Estatísticas inferenciais

Numa fase posterior realizou-se a análise das relações verificadas entre as diferentes variáveis através da utilização do teste *t* para avaliar as diferenças nas médias entre grupos e do teste de correlação de Pearson para verificar a existência de correlação entre as variáveis.

3.3.1. Diferenças existentes entre os géneros

Neste tópico serão apresentadas as diferenças de género existentes tendo em consideração a prática de exercício físico e a presença de indicadores de ansiedade e depressão.

No que concerne ao número de horas de prática de exercício físico, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre estudantes do género feminino e masculino. No entanto, os resultados na dimensão Exercício físico, do QACS (tabela 8), revelam uma diferença estatisticamente significativa em relação ao género ($p < .00$), com os participantes do género masculino a pontuarem mais alto nesta dimensão.

Tabela 8

Diferenças de Género na Prática de Exercício Físico

	Género	n	Média	Desvio-padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Horas de prática de exercício físico	Feminino	203	2.12	6.491	-1.309	.192
	Masculino	125	3.07	6.184		

Dimensão Exercício físico (QACS)	Feminino	201	9.82	2.890	4.081	.000
	Masculino	121	8.35	3.490		

Relativamente aos indicadores de ansiedade e depressão, estes também foram comparados tendo em conta o género. Desta forma, podemos observar na tabela 9 que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na escala da depressão da HADS ($p > .05$), ainda que existam diferenças estatisticamente significativas ao nível da ansiedade ($p < .05$), com os estudantes do género feminino a relatar uma ansiedade superior à dos estudantes do género masculino. Se analisarmos a pontuação total obtida na HADS, o género feminino mantém uma pontuação média mais elevada e a diferença entre géneros é também estatisticamente significativa ($p < .05$).

Tabela 9

Diferenças de Género nos Indicadores de Ansiedade e Depressão

	Género	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Ansiedade	Feminino	198	8.25	4.396	3.369	.001
	Masculino	123	6.60	4.018		
Depressão	Feminino	196	4.63	3.110	1.521	.129
	Masculino	121	4.10	2.908		
Total HADS	Feminino	195	12.89	6.668	2.902	.004
	Masculino	121	10.71	6.204		

3.3.2. Relação entre comportamentos de saúde

Para verificar se os estudantes que dormem menos horas fazem uma pior alimentação, traduzida num menor número de refeições, fomos verificar se existe diferença na média de refeições efetuadas entre os participantes que dormem menos de 7 horas diárias e os que dormem 7 ou mais horas. Encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa ao nível do número médio de refeições diárias em função do número de horas de sono ($p < .05$) (tabela 10). Desta forma, podemos afirmar que os estudantes que dormem sete ou mais horas por dia, tomam também, em média, mais refeições diárias.

Contudo, se considerarmos a dimensão de Nutrição do QACS para avaliar a qualidade da alimentação (tabela 10), verificamos que as diferenças nesta dimensão não são estatisticamente significativas entre os grupos de estudantes com maior e menor número de horas de sono ($p > .05$).

Tabela 10

Diferenças no Número de Refeições entre Grupos com Maior e Menos Número de Horas de Sono

	Número de horas de sono	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Média de refeições diárias	Menos de 7	100	3.84	1.229	2.967	.003
	7 ou mais	225	4.25	1.127		
Nutrição (QACS)	Menos de 7	98	15.96	4.701	-.514	.607
	7 ou mais	224	15.66	4.931		

Para verificar se existe alguma relação entre a prática de exercício físico e a alimentação, calculou-se a correlação entre o número de horas semanais de prática de exercício físico e o número de refeições diárias realizadas pelos estudantes. Encontrou-se uma correlação positiva fraca entre as duas variáveis ($r = .113$).

Procedeu-se à realização de um teste t para avaliar as diferenças entre as mesmas variáveis (tabela 11). Desta forma, as diferenças são estatisticamente significativas entre o número de refeições e a prática de exercício físico, sendo que quem pratica atividade física toma, em média, mais refeições.

Tabela 11

Diferenças entre o Número de Refeições Diárias e a Prática de Exercício Físico

	Prática de exercício físico	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Número de refeições diárias	Sim	140	4.29	1.272	-2.331	.015
	Não	186	3.99	1.075		

Ao nível da diferença existente entre o número de horas semanais de prática de exercício físico em fumadores e não fumadores, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$), apresentando os dois grupos, uma média semanal de exercício físico muito semelhante (tabela 12).

Tabela 12

Diferenças entre o Número de Horas de Prática de Exercício Físico em Estudantes Fumadores e Não Fumadores

	Fumadores	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Horas de prática de ex. físico semanais	Sim	71	2.07	7.374	.619	.536
	Não	256	2.60	6.104		

3.3.3. Diferenças relativas à presença de sintomas de ansiedade e depressão

Seguidamente serão apresentados os testes relativos às diferenças existentes nos indicadores de ansiedade e depressão, tendo em conta as horas semanais de prática de exercício físico, a avaliação da qualidade do sono, bem como o consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas e de substâncias ativas e a pontuação obtida na escala de depressão da HADS.

Ao nível dos indicadores de depressão considerando o ano de estudos frequentado pelos participantes, isto é, o ciclo em que os estudantes se encontram, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$), ao contrário do que acontece no que concerne à ansiedade ($p < .05$) (tabela 13).

Tabela 13

Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão entre Estudantes de Primeiro Ano do 1º Ciclo e Estudantes de Primeiro Ano do 2º Ciclo

	Ano de estudos	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Ansiedade	1º ano do 1º ciclo	246	7.35	4.282	-1.984	.048
	1º ano do 2º ciclo	75	8.48	4.375		
Depressão	1º ano do 1º ciclo	244	4.43	3.049	-.030	.976
	1º ano do 2º ciclo	73	4.44	3.032		

Fomos verificar se existem diferenças nos indicadores de ansiedade e depressão em função da prática diária de exercício físico. A comparação entre o grupo de estudantes que pratica exercício físico regularmente e o grupo de estudantes que não pratica, mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ao nível da ansiedade ($p > .05$), ao contrário do que acontece com a depressão ($p < .05$), revelando que os estudantes que praticam exercício físico apresentam menos indicadores de depressão (tabela 14).

Tabela 14

Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão em Estudantes que Praticam Exercício Físico

	Prática de exercício físico	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Ansiedade (HADS)	Sim	137	6.89	4.285	2.639	.967
	Não	183	8.17	4.293		
Depressão (HADS)	Sim	135	3.86	2.560	2.969	.000

Não	181	4.87	3.293
-----	-----	------	-------

Realizou-se uma correlação entre a dimensão Exercício físico (QACS) e a pontuação total da HADS, assim como com as escalas de Ansiedade e Depressão (tabela 15). Foi possível observar que existe uma correlação positiva entre o total da HADS e o Exercício Físico, bem como entre a Escala de Ansiedade e o Exercício físico ($r = .225$ em ambas) e a Escala de Depressão e o Exercício físico, embora esta correlação seja mais fraca ($r = .161$). Estes resultados indicam que uma maior pontuação total na HADS, na Escala de Ansiedade ou de Depressão, está associada a uma maior pontuação na dimensão do Exercício Físico, ou seja, quem pontua mais nas escalas da HADS demonstra um maior empenho em manter uma boa condição física.

Tabela 15

Correlação entre a Dimensão Exercício Físico (QACS) e a HADS

	HADS		
	Total	Escala de Ansiedade	Escala de Depressão
Exercício físico (QACS)	.225**	.225**	.161**

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral).

De forma a avaliar de forma mais geral se existe diferença na dimensão Exercício físico, do QACS, entre estudantes com e sem sintomatologia depressiva e ansiógena, foi também realizado a um teste t considerando o valor 11 como ponte de corte de cada escala da HADS para a existência de presença de sintomatologia moderada a grave (tabela 16). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das escalas, pelo que podemos verificar que não existe diferença entre os estudantes com e sem sintomatologia ansiosa ou depressiva na preocupação em manter a sua condição física.

Tabela 16

Diferenças entre a Dimensão Exercício Físico (QACS) e a Pontuação Total da HADS

	HADS	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Exercício físico	Ansiedade <11	235	9.04	3.242	2.158	.220
	Ansiedade ≥11	81	9.93	2.978		
	Depressão <11	299	9.24	3.243	.664	.068
	Depressão ≥11	13	9.85	1.951		

Para avaliar se existiam diferenças entre os indicadores de ansiedade e depressão tendo em conta a avaliação da qualidade de saúde feita pelos estudantes, realizaram-se dois testes de diferenças de médias, tendo a avaliação da saúde sido dividida em dois grupos (boa

e muito boa, versus razoável, má e muito má) (tabela 17). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível de ambos os indicadores de sintomatologia psicopatológica ($p < .05$), verificando-se maior presença de sintomatologia ansiógena e depressiva em estudantes que avaliam a sua saúde como razoável, má ou muito má, sendo que a ansiedade revela, uma vez mais, valores mais elevados que os da depressão.

Tabela 17

Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão em Função da Percepção da Qualidade de Sono

	Avaliação da qualidade de saúde	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Ansiedade	Boa ou Muito boa	233	6.81	4.033	5.839	.000
	Razoável, Má ou Muito má	87	9.83	4.335		
Depressão	Boa ou Muito boa	231	3.83	2.645	5.478	.000
	Razoável, Má ou Muito má	85	6.08	3.441		

As tabelas seguintes são referentes às diferenças existentes entre os indicadores de ansiedade e depressão face ao consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas e de substâncias psicoativas.

Desta forma, o teste de diferenças de médias entre fumadores e não fumadores assinala diferenças estatisticamente significativas ao nível da presença de sintomatologia depressiva ($p < .05$), mas não no que concerne aos indicadores de sintomatologia ansiógena ($p > .05$) (tabela 18), com os estudantes fumadores a apresentar maiores níveis de depressão.

Tabela 18

Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão entre Estudantes Fumadores e Não Fumadores

	Consumo de tabaco	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Ansiedade	Sim	71	8.10	4.469	-1.059	.291
	Não	249	7.48	4.289		
Depressão	Sim	70	5.24	3.033	-2.562	.011
	Não	246	4.20	3.015		

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomatologia ansiógena e depressiva em função do consumo ou não de bebidas alcoólicas ($p > .05$) (tabela 19).

Tabela 19

Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão entre Estudantes que Consomem e Não Consomem Álcool

	Consumo de bebidas alcoólicas	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Ansiedade	Sim	250	7.41	4.216	1.597	.111
	Não	71	8.34	4.641		
Depressão	Sim	249	4.29	2.839	1.360	.177
	Não	68	4.94	3.665		

No que concerne ao consumo de substâncias psicoativas (tabela 20), os testes de diferença de médias revelaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da escala da depressão ($p < .05$), mas não ao nível da escala da ansiedade ($p > .05$). Assim, apesar de os alunos que relatam consumir estas substâncias constituírem uma pequena minoria face aos restantes, os seus indicadores de depressão são notoriamente mais elevados.

Tabela 20

Diferenças nos Indicadores de Ansiedade e Depressão entre Estudantes que Consomem e Não Consomem Substâncias Psicoativas

	Consumo de substâncias psicoativas	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Ansiedade	Sim	40	8.85	4.441	-1.898	.059
	Não	278	7.46	4.301		
Depressão	Sim	40	5.88	3.236	-3.210	.001
	Não	274	4.24	2.965		

Na tabela 21 é apresentada a relação verificada entre a dimensão Uso de substâncias ou similares (QACS) e a pontuação total da HADS, bem como das escalas de Ansiedade e Depressão, a fim de avaliar a relação existente entre elas.

Esta dimensão do QACS revelou uma correlação positiva com a Escala de Depressão e a pontuação total da HADS. Deste modo, uma pontuação elevada no Uso de drogas e similares, que indica uma capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas, mostra estar associada à presença de sintomatologia depressiva.

Tabela 21*Correlação entre a Dimensão Uso de Substâncias e Similares (QACS) e a HADS*

	HADS		
	Total	Escala de Ansiedade	Escala de Depressão
Uso de substâncias ou similares (QACS)	.118*	.084	.129*

*. A correlação é significativa no nível 0.05 (bilateral).

Encontrou-se uma correlação negativa e significativa ($r = -.219$; $p \leq .005$) entre as variáveis número de horas de sono diárias e presença de sintomatologia ansiógena e depressiva, de acordo com a HADS. Assim, quanto mais elevados forem os indicadores de ansiedade e depressão presentes nos indivíduos, menor será o número de horas de sono diárias, ou vice-versa.

No que concerne à avaliação da qualidade do sono em função da presença de sintomatologia depressiva (tabela 22), verifica-se que, para um intervalo de confiança de 95%, existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade do sono entre estudantes sem sintomatologia depressiva e com níveis de depressão moderados a graves ($p < .05$). Assim, podemos inferir que os alunos que apresentam sintomatologia depressiva tendem a avaliar mais negativamente a sua qualidade do sono.

Tabela 22*Diferenças na Qualidade de Sono entre Estudantes Com e Sem Indicadores de Depressão*

	Depressão	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Avaliação da qualidade de sono	Pontuação menor que 11	300	3.48	.955	-2.339	.020
	Pontuação igual ou maior que 11	13	2.85	.987		

Na tabela 23 é apresentada, ainda, a relação entre a dimensão Nutrição, do QACS, e as pontuações totais da HADS, da escala de Ansiedade e da escala de Depressão. A dimensão da Nutrição manifesta uma correlação positiva significativa com a Escala de Depressão ($r = .215$) e com a pontuação total da HADS ($r = .157$), revelando que maiores pontuações obtidas nestas escalas da HADS estão associadas a maiores pontuações na Nutrição, ou seja, os estudantes que demonstram indicadores de ansiedade e depressão tendem a adotar uma dieta na qual ponderam a escolha dos alimentos a ingerir.

Tabela 23

Correlação entre a Dimensão Nutrição (QACS) e a HADS

	HADS		
	Total	Escala de Ansiedade	Escala de Depressão
Nutrição (QACS)	.157**	.085	.215**

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral).

Capítulo IV - Discussão

A ansiedade e a depressão constituem duas das perturbações mentais mais prevalentes na população em geral (ADAA, 2018) que, de acordo com a OMS, em 2015 estavam presentes numa percentagem considerável da população: 4.4% da população estudada revelou depressão e 3.6% manifestou presença de perturbações de ansiedade. No contexto universitário ambas as perturbações têm, igualmente, uma prevalência elevada, aspeto que é considerado alarmante (Bayram e Bilgel, 2008).

De forma a prevenir estas e outras perturbações ou a atuar logo aquando da sua identificação, os indivíduos podem adotar comportamentos saudáveis, que podem ser referentes à alimentação, à prática desportiva ou a autocuidados relacionados, por exemplo, com a exposição solar (Carter et al., 2007). Estes comportamentos também podem ser verificados em ambiente universitário, surgindo em oposição a comportamentos de risco.

No entanto, a investigação dos comportamentos saudáveis em estudantes universitários é preponderante para uma melhor compreensão da sua saúde física e dos seus estilos de vida (Hsu, Chiang, Yang, 2014), sobretudo devido às especificidades que a entrada no ensino universitário acarreta para os jovens adultos, nomeadamente ao nível da autonomia de que estes dispõem para optar por comportamentos saudáveis ou, por sua vez, por comportamentos de risco (Dinger & Vesely, 2001; White, Labouvie, & Papadaratsakis, 2005).

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo primordial a análise da relação existente entre os comportamentos de saúde e a presença de sintomatologia ansiógena ou depressiva verificados em estudantes universitários. Além disso, procurou-se, ainda, efetuar uma caracterização dos comportamentos de saúde (hábitos alimentares, atividade física e consumo de substâncias) dos participantes, bem como analisar a relação patente entre as variáveis sociodemográficas e os comportamentos de saúde.

A amostra foi recolhida na Universidade da Beira Interior (UBI) e contou com um total de 328 participantes. Procurou-se proceder à aplicação dos protocolos nas diferentes faculdades, de forma a conseguir recolher dados junto de cursos de diferentes áreas e, assim, conseguir uma amostra mais heterógena. Desta forma, a amostra conta com participantes de cursos relacionados com as Ciências Sociais e Humanas (50.9%), com Engenharias (30.8%) e com Artes e Letras (18.3%).

Os participantes são, maioritariamente, do género feminino (62%) e as idades dos participantes variam entre os 17 e os 55 anos ($M = 20.92$; $DP = 4.503$). Na literatura verifica-se, em estudos semelhantes, uma igual supremacia do género feminino, nomeadamente no estudo de Ferrara, Nobrega e Dulfan (2013) e no de Stapleton e Empson (2013) e, em relação às idades, também o estudo de Miller, Danner e Staten (2008) tem, aproximadamente, a mesma média de idades dos participantes (20.2 anos). A maioria da amostra é constituída por estudantes do primeiro ciclo (76.8%), contudo, é importante frisar que na universidade onde

foi realizada a investigação se verifica uma preeminência do número de estudantes de licenciatura face ao número de estudantes de segundo ciclo.

No que diz respeito à adoção de comportamentos de saúde, verificou-se que a quase totalidade dos estudantes (96%) afirmou preocupar-se com a sua saúde, 70% assume ter cuidado com a sua alimentação e, aproximadamente, 43% referiu praticar exercício físico regularmente. Por outro lado, verificou-se que mais de 15% dos participantes têm excesso de peso, cerca de 31% afirmou ter problemas de sono, mais de três quartos (77%) revela consumir bebidas alcoólicas, quase 22% ter hábitos tabágicos e 12% afirma consumir substâncias psicoativas, principalmente tranquilizantes.

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, este é referido como elevado e preocupante a nível nacional, podendo atingir uma prevalência aproximada de 80% ao longo da vida, sendo que, no entanto, o consumo de álcool não está, em todos os casos, diretamente associado à existência de dependências (Balsa, Vital & Pascueiro, 2011). Sendo que este estudo descreve uma amostra universitária com elevados consumos de álcool, revela-se preponderante o estabelecimento de comparações com outros estudos similares. Desta forma, Costa e colaboradores (2016), demonstram, igualmente, que o consumo de álcool é uma prática frequente no contexto académico, em oposição a Rocha (2011), que refere tratar-se de um consumo de baixo risco no seu estudo. Tendo como termo de comparação o estudo de Santos (2011), no qual dos 666 estudantes, 70.6% admite o consumo de álcool, considera-se que na presente investigação o consumo de bebidas alcoólicas é elevado, pois trata-se de uma amostra mais reduzida (N = 328) e, ainda sim, com um consumo nitidamente mais elevado.

No que toca aos aspetos que conduzem ao seu consumo, este pode ocorrer enquanto aspeto social ou, por sua vez, como estratégia de coping (Kuntshe et al., 2005, cit in. Santos, 2011), ainda que se verifique, por excelência, em contextos de festas académicas (Rodrigues, Salvador, Lourenço e Santos, 2014). Além disso, o consumo de substâncias psicoativas surge associado ao consumo de álcool na investigação de Rocha (2011).

No que se refere à presença de sintomatologia psicopatológica, verificou-se que cerca de um quarto dos participantes revelou sintomas moderados a graves de ansiedade e 4% revelou sintomas moderados a graves de depressão. Além disso, houve uma parte dos estudantes que revelou beneficiar de acompanhamento psicológico (7.9%) e estar farmacologicamente medicado (9.8%), ainda que, com base nos dados desta investigação e por comparação ao estudo de Santos (2011), parece ser um valor pouco significativo.

Os resultados demonstrados são suportados pela literatura, uma vez que os valores da ansiedade e depressão tendem a ser elevados em estudantes universitários (Ribeiro, 2013). Não obstante, verifica-se, ainda, uma maior presença de sintomatologia nos estudantes do género feminino, o que se encontra em linha de conta com outras investigações realizadas em Portugal, nomeadamente com o estudo de Cruz, Pinto, Almeida e Aleluia (2010).

Numa tentativa de analisar o que está na base do aparecimento da sintomatologia ansiógena e depressiva em estudantes universitários, Silveira e colaboradores (2011) assumem

que podem tratar-se de questões associadas a aspetos situacionais inerentes ao contexto e à faixa etária, além do importante papel da pressão exercida pelas exigências académicas e pela eventual história familiar positiva no que às perturbações mentais diz respeito.

Passamos agora à discussão dos resultados, organizados em três grupos: 1) diferenças existentes entre os géneros, 2) relação entre comportamentos de saúde, e 3) diferenças relativas à presença de sintomas de ansiedade e depressão.

4.1. Diferenças entre os géneros

Numa primeira fase analisámos se existiam diferenças significativas ao nível dos indicadores de psicopatologia, tendo em conta o género. Verificou-se que as estudantes do género feminino apresentam maiores indicadores de ansiedade do que os estudantes do género masculino, mas o mesmo não acontece no caso da depressão. Estes resultados não vão totalmente ao encontro das estatísticas da OMS (2015), nem da restante literatura, que refere que tanto a sintomatologia depressiva, como ansiógena é mais prevalente no género feminino (Mokruue & Acri, 2015; Pessoa, 2010; Pinto et al., 2012; Raza et al., 2018; Santos, 2011), com outros estudos a confirmar uma maior sintomatologia depressiva nas mulheres (Claudino, Cordeiro & Arriaga, 2016; Dhanalakshmi, 2014; Villatte, Marcotte & Potvin, 2017). Desta forma, a hipótese 2, que previa que as estudantes do género feminino apresentariam indicadores de ansiedade e depressão mais elevados, é rejeitada ao nível da presença de sintomas de depressão, mas aceite ao nível dos sintomas de ansiedade.

Além disso, foi também testada a diferença entre géneros no que diz respeito ao número de horas semanais de prática de exercício físico. Neste sentido, foi hipotetizado que as estudantes do género feminino apresentariam um menor número de horas de prática de exercício físico. Para a análise desta hipótese foram realizados, de forma complementar, dois testes de t: um entre o género e o número de horas semanais dedicadas pelos estudantes ao exercício físico, e outro entre o género e a dimensão Exercício físico, do QACS. Assim, o primeiro teste de hipóteses rejeita a hipótese 1, mas o segundo aceita-a, indicando, através de uma diferença estatisticamente significativa, que os participantes do género masculino têm uma prática de exercício físico superior à da prática dos estudantes do género feminino. Desta forma, este resultado vai ao encontro do que é referido por Quintiliani e colaboradores (2009) no seu estudo, onde indicam a existência de uma baixa prática de atividade física por parte de participantes do género feminino.

4.2. Relação entre comportamentos de saúde

Para avaliar a relação entre a alimentação e as horas de sono diárias foram realizados dois testes de diferenças de médias: um entre a média do número de refeições e outro entre a pontuação média na dimensão Nutrição, do QACS, de acordo com o número de horas de sono diárias (menos de 7 horas diárias versus 7 ou mais horas de sono). O objetivo destes

testes prendeu-se com o facto de saber se os estudantes que dormem menos têm uma pior alimentação (Quick et al., 2015). Verificou-se que os estudantes que dormem menos de sete horas por dia tomam, em média, menos refeições. Assim aceita-se a hipótese 3, que assentava na premissa de que os estudantes que dormem menos de 7h por dia têm uma alimentação pior. No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Nutrição entre os grupos de estudantes que dormem menos e mais de sete horas, ou seja, não existem diferenças entre estes grupos no que se refere à escolha de uma alimentação saudável.

Ao nível da relação entre a prática de exercício físico e a alimentação, foi hipotetizado, tendo por base o estudo de Thiagarajah e Torabi (2009), que os estudantes que tomassem menos refeições diárias teriam uma menor propensão para a prática de exercício físico. Verificou-se, através de uma correlação de Pearson, que existia uma relação positiva, porém fraca, entre ambas as variáveis. Desta forma, a fim de perceber melhor esta relação, foi realizado um teste de diferença de médias que permitiu verificar que os estudantes que praticam exercício físico tomam, em média, um maior número de refeições diárias, o que conduz à aceitação da hipótese 4. Neste sentido, no estudo de Almeida (2013), verifica-se que os indivíduos que se percebem como competentes para adotarem uma dieta saudável conseguem, igualmente, adquirir um sentimento de competência para com a adesão à prática de exercício físico.

No que concerne à relação existente entre as horas semanais de prática de exercício físico entre fumadores e não fumadores, observou-se que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, dado que as médias de horas semanais são muito semelhantes. Assim, ao contrário do expectável, tendo em conta o estudo de Dinger e Vesely (2001), é rejeitada a hipótese 5, que referia que os estudantes que fumam praticariam menos exercício físico.

4.3. Diferenças relativas à presença de sintomas de ansiedade e depressão

Posteriormente foi avaliada a relação existente entre diversas variáveis sociodemográficas e a HADS, para verificar a existência ou não de indicadores de ansiedade e depressão.

Desta forma, verificou-se que, ao nível do ano de estudos, existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne à sintomatologia ansiógena entre estudantes de primeiro ano do primeiro ciclo e estudantes do primeiro ano do segundo ciclo, isto é, a média das pontuações na escala de ansiedade é significativamente mais elevada nos alunos que frequentam o segundo ciclo. Porém, ao contrário do que era esperado (ACHA, 2011, citado por Mokru e Aciri, 2015; Pessoa, 2010), rejeita-se a hipótese 6, que indiciava que os estudantes do primeiro ano do 1º ciclo apresentariam maiores indicadores de depressão que os estudantes de primeiro ano do 2º ciclo, pois a diferença existente entre as médias da presença de sintomatologia depressiva não é estatisticamente significativa. Este resultado é

corroborado pela investigação de Claudino, Cordeiro e Arriaga (2016), onde se demonstra que o grupo de estudantes entre os 19 e os 21 apresenta índices elevados de ansiedade, potencialmente devido a aspetos já referidos, relacionados com a pressão inerente a essa faixa etária. Além disso, também Santos (2011) demonstra que os alunos de primeiro ano do seu estudo apresentam maior sintomatologia ansiógena, nomeadamente ao nível de indicadores de stress.

Foi também testada a relação existente entre a presença de sintomatologia ansiógena e depressiva e a prática de exercício físico. Segundo Mukrue e Acri (2015), os estudantes que praticam mais horas de atividade física tendem a apresentar menores indicadores de ansiedade e depressão. Além disso, é também referido pela literatura que o envolvimento em atividades desportivas contribui para uma maior saúde mental e, conseqüentemente, para a redução de sintomatologia ansiógena e depressiva (Almeida, 2013; Biddle & Mutrie, 2008, cit in., Almeida, 2013), o que pode ocorrer devido ao bem-estar psicológico associado à prática de exercício físico, conduzindo, conseqüentemente, a menores indicadores de ansiedade e depressão (Cid, Silva & Alves, 2017). Contudo, no presente estudo esse aspeto não é corroborado ao nível da ansiedade, dado que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de prática de exercício físico e a sintomatologia ansiógena. Contudo, a hipótese 7, que assenta na premissa dos autores (Morkue & Acri, 2015), é aceite ao nível da depressão, demonstrando que os estudantes que praticam exercício físico experienciam menor sintomatologia depressiva. Esta conclusão é corroborada pelo estudo de Gieck e Olsen (2007) no qual os participantes, após uma intervenção holística de onze semanas, aumentaram os seus níveis de atividade física e, em simultâneo, aumentaram outros comportamentos de saúde, nomeadamente a adoção de uma alimentação saudável, por verificarem que estes aspetos contribuem para o seu bem-estar. Neste sentido, verificam-se evidências em outras investigações do impacto positivo da prática de exercício físico numa maior saúde mental (Berkel & Reeves, 2017; Taliaferro et al., 2008).

Adicionalmente, foi também realizada uma correlação de Pearson entre a dimensão Exercício físico, do QACS, e o valor total da HADS, bem como das suas respetivas escalas. Neste sentido, verificaram correlações positivas entre todas as variáveis, o que indica que uma maior pontuação em qualquer uma das escalas (total da HADS, escala de Ansiedade ou escala de Depressão) correspondem a pontuações igualmente elevadas na dimensão de Exercício físico, isto é, os estudantes que pontuam mais na HADS têm um maior empenho no cuidado da sua condição física.

Ainda nesta linha, foi realizada um teste *t* entre a dimensão Exercício físico, do QACS, e a HADS, a fim de avaliar se existem diferenças ao nível da atividade física em estudantes com e sem sintomatologia ansiógena e depressiva, considerando o valor 11 como ponte de corte para a existência de sintomas moderados a graves em ambas as escalas do instrumento. Desta forma, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nem ao nível da ansiedade, nem da depressão, revelando que não se manifestam diferenças na preocupação em manter a condição física entre estudantes com e sem indicadores de

ansiedade e depressão. Em oposição a este resultado, Vasconcelos-Raposo e colaboradores (2009), demonstram que existe uma relação inversa entre as variáveis, sendo que quanto mais maior a prática de exercício físico, menor a sintomatologia depressiva, e vice-versa, sendo os indicadores de ansiedade e depressão mais elevados nos participantes que praticam menos exercício físico.

A presença de indicadores de ansiedade e depressão foi também relacionada com a forma como os estudantes avaliam a sua própria saúde. Para isso, após as cinco opções de resposta terem sido agrupadas em dois grupos no questionário sociodemográfico (razoável, má ou muito má versus boa ou muito boa), foi realizado o teste de diferenças tendo em conta as escalas de ansiedade e de depressão da HADS. Constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, aceitando-se a hipótese 8, que pressupunha que os estudantes que consideram a sua saúde como pobre/má teriam maiores indicadores de ansiedade e depressão. Revela-se, assim, tal como esperado tendo em conta a investigação de Mokru e Acri (2015), que a forma como os estudantes percebem a sua saúde tem impacto na presença de sintomatologia ansiógena ou depressiva.

Para além da qualidade da saúde, os estudantes foram também questionados acerca da forma como avaliam a sua qualidade de sono e esta foi relacionada em função da presença de sintomatologia depressiva. De acordo com Nyer e colaboradores (2013), os estudantes que apresentem indicadores de depressão tendem a perceber a sua qualidade de sono como pior. O mesmo se verifica na presente investigação, onde os estudantes que apresentam sintomatologia depressiva mostram avaliar mais negativamente a sua qualidade de sono, aceitando-se, assim, a hipótese 11, que refere que os estudantes com elevados indicadores de depressão têm pior qualidade de sono. Todavia, é importante salientar o reduzido número ($n = 8$) de estudantes que avaliaram a sua qualidade de sono de forma negativa. Num estudo de Zochil e Thorsteinsson (2018) verificou-se que a baixa qualidade do sono se encontrava associada a uma saúde mental menos positiva, especialmente devido à presença de sintomatologia depressiva e ansiógena. Não obstante, e tendo em conta que um número considerável de participantes da presente investigação (30,5%) dorme menos de sete horas por noite, é importante salientar que a sonolência diurna se encontra também associada com maiores indicadores de ansiedade e depressão (Pinto et al., 2012).

Foi também avaliada a relação entre os consumos aditivos (tabaco, álcool e substâncias psicoativas) e a presença de sintomatologia ansiógena e depressiva. De acordo com a literatura (Dvorak e Hingson, 2013; Mokru e Acri, 2015; Pinto et al., 2012), verifica-se uma associação positiva entre o consumo tabágico e o consumo de álcool e a presença de sintomatologia ansiógena e depressiva, estando o consumo tabágico associado a um aumento dessa sintomatologia em ambos os géneros, sendo essa sintomatologia, de acordo com Santana e Negreiros (2008), superior no género masculino. Na presente investigação, verifica-se que o consumo de tabaco não se encontra estatisticamente relacionado com a ansiedade, ao contrário do que acontece com a depressão, sendo que estudantes que fumam tendem a apresentar, em média, pontuações significativamente mais elevadas na escala de

depressão da HADS. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, não se verificou uma relação face à existência de sintomatologia ansiógena ou depressiva, possivelmente devido à grande prevalência do consumo de álcool nos participantes, sendo que 77.4% destes revelem o seu consumo. O mesmo acontece com o consumo de substâncias psicoativas, que não está estatisticamente associado à presença de ansiedade. Porém, no que diz respeito à depressão, os estudantes que revelam consumir substâncias psicoativas apresentam, em média, valores significativamente mais elevados de sintomatologia depressiva. Este resultado é compreensível se lembrarmos que a maioria dos estudantes que assumiu consumir substâncias psicoativas, afirma tomar tranquilizantes.

Além disso, foi ainda realizada uma correlação de Pearson entre a dimensão Uso de substâncias ou similares, do QACS, e a pontuação total da HADS, e das escalas de Ansiedade de Depressão. Esta dimensão do QACS mostrou correlacionar-se positivamente com a escala de Depressão, bem como com a pontuação total da HADS, indicando que um resultado elevado nesta dimensão do QACS, que Uso de drogas ou similares, que traduz a capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas está associado à existência de indicadores de depressão.

Assim sendo, a hipótese 9, que parte da premissa de que os estudantes que consomem substâncias apresentam indicadores mais elevados de ansiedade e depressão, é aceite ao nível do consumo de tabaco e de substâncias psicoativas face aos indicadores de depressão e rejeitada nas restantes circunstâncias. Não obstante, tendo em conta o elevado número de estudantes que responderam positivamente quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, é necessário ter este aspeto em linha de conta, dado que o consumo de álcool constitui uma problemática comum e recorrente em ambiente universitário (White e Hingson, 2013). No estudo de Kenney, Anderson e Stein (2018) verifica-se uma influência significativa da presença de sintomatologia depressiva no aumento do consumo de bebidas alcoólicas em estudantes universitários, o que não acontece com os não-estudantes. Deste modo, este estudo parece sugerir que o contexto académico pode ter influência na ocorrência desta problemática.

Os resultados dos estudos de Alvaro, Roberts e Harris (2013) e de Doom e Haefffel (2013) revelam o impacto negativo que a sintomatologia depressiva tem nos indivíduos, nomeadamente ao nível fisiológico, contribuindo para diversos problemas de saúde, como diminuição da qualidade do sono. Assim, relativamente à relação entre o número de horas de sono diárias e a presença de indicadores de depressão, estudada por Peach, Gaultney e Gray (2016), que demonstraram que quanto mais os estudantes dormem, menor será a sua sintomatologia, foi demonstrado através de uma correlação negativa positiva que o mesmo se verifica no presente estudo. Deste modo, é aceite a hipótese 10, onde se assume que os estudantes que dormem mais horas, apresentam menores indicadores de sintomatologia depressiva, pois verifica-se que, quanto maior for o número de horas de sono, menores serão os indicadores de ansiedade e depressão, e vice-versa. Estes resultados podem ser interpretados de acordo com a investigação de Zochil e Thorsteinsson (2018), onde os autores

referem que uma pior qualidade de sono se verifica com maior frequência em estudantes que apresentam valores mais elevados no que concerne à sintomatologia ansiógena, depressiva, bem como em elevados níveis de stresse. Além disso, é importante frisar que o facto de haver, no presente estudo, participantes que relatam dormir menos de seis horas por noite, pode contribuir para estados de sonolência diurna e, por conseguinte, para a presença de sintomatologia ansiógena (Pinto et al., 2012).

Por fim, foi ainda avaliação a relação existente entre a dimensão Nutrição, do QACS, e a HADS, tendo em conta a sua pontuação total e respetivas escalas de Ansiedade e Depressão. Neste sentido, verificaram-se correlações positivas e significativas entre a Nutrição e a Escala de Depressão, bem como entre a Nutrição e o Total da HADS, demonstrando que os alunos que pontuam mais nestas escalas tendem a ter um maior cuidado com as suas escolhas alimentares.

4.4. Implicações práticas

Assim, para permitir o desenvolvimento dos alunos, tanto a nível pessoal, como profissional, recai sobre a universidade a responsabilidade de ter em conta quais os problemas de saúde que afetam a comunidade estudantil e, posteriormente, apostar em estratégias que possibilitem a redução dessas problemáticas (Henry et al., 2018).

Para tal, surgem na literatura diversas formas de, numa primeira instância, fomentar a adoção de comportamentos de saúde e evitar os comportamentos de risco, nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento, nos sistemas de ensino, de recursos para apostar numa oferta alimentar mais saudável, fornecendo, ainda, diretrizes que potenciem a prática de exercício físico e outros comportamentos saudáveis (Hsu, Chiang & Yang, 2014).

Uma sugestão de Mokru e Acri (2015) recai na ideia de que, tendo em conta que os comportamentos de risco são mais impactantes na presença de sintomatologia ansiógena e depressiva que os comportamentos de saúde, o foco das intervenções a desenvolver pelas universidades deve prender-se com a procura da redução destes comportamentos mais nocivos.

Todavia, além da importância que deve ser dada por parte do contexto universitário na aposta em fomentar estilos de vida mais saudáveis nos seus estudantes, devem também ser tidas em conta medidas preventivas e de apoio a alunos que revelem a presença de dificuldades, nomeadamente, perturbações mentais. Assim, torna-se basilar a monitorização da saúde mental dos estudantes através de métodos sistemáticos de avaliação, como questionários relacionados com a presença de indicadores psicopatológicos (Beiter et al., 2015) ou através da utilização de medidas de despiste (Khubchandani et al., 2016). Além disso, torna-se imperativo que as universidades apostem na divulgação de informação acerca das psicopatologias mais prevalentes, nomeadamente a ansiedade e depressão, direcionada tanto aos estudantes, como aos pais, sob a forma de educação para a saúde (ao nível dos

sinais e sintomas das perturbações). Não obstante, as universidades devem dispor de serviços de apoio para suprir as eventuais necessidades dos estudantes (Garlow et al., 2008).

Neste sentido, as universidades devem munir-se de planos de ação e, acima de tudo, terem capacidade para possibilitar a oferta de intervenção psicoterapêutica e aconselhamento, dado que estes constituem estratégias fundamentais de atuação perante perturbações de ansiedade, bem como perante indicadores de depressão, aumentando a autoconfiança e o ajustamento dos estudantes (Velayudhan, Gayatridevi & Bhattacharjee, 2010).

4.5. Limitações

Após a discussão dos resultados, é pertinente referir algumas limitações inerentes à presente investigação. Em primeiro lugar, deve considerar-se o facto de a amostra ter sido recolhida num único estabelecimento de ensino. Ainda que o objetivo primordial do estudo fosse caracterizar os estudantes da respetiva universidade, esse aspeto impossibilita uma generalização credível dos dados.

No que concerne à amostra recolhida, podemos considerar como limitação o facto de se verificar uma supremacia do número de participantes do primeiro ano do primeiro ciclo, não permitindo uma comparação fidedigna entre ambos os grupos.

Além disso, tendo em conta que se trata de um estudo transversal, no qual os dados foram recolhidos num único momento, o estudo não permite a determinação de relações de causalidade. Não obstante, o momento da recolha coincidiu com a fase final do semestre, o que pode ter interferido com os indicadores de ansiedade encontrados nos participantes.

É importante, ainda, realçar a escassez de estudos acerca desta temática em Portugal que permitam a comparação e generalização dos dados e, conseqüentemente, um maior conhecimento acerca da sintomatologia ansiógena e depressiva em relação com os comportamentos de saúde e de risco adotados pelos estudantes.

Por fim, devido a constrangimentos relacionados com o tempo, a amostra recolhida não pode ser maior. Além disso, também a análise dos resultados poderia ter sido mais exaustiva se se verificasse a existência de mais tempo para trabalhar os dados.

Bibliografia

- Abrantes, A. M., Scalco, M. D., O'Donnell, S., Minami, H., & Read, J. P. (2017). Drinking and exercise behaviors among college students: between and within-person associations. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(6), 964-977. doi:10.1007/s10865-017-9863-x
- Anxiety and Depression Association of America. (2018). Facts & Statistics. Disponível em <https://adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics>.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzella, C., & Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 145-156.
- Almeida, M. (2013). *Motivação e comportamentos de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep*, 36, 1059-1068.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480. doi:10.1037//0003-066X.55.469
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *The Journal of Drug Issues*, 35(2), 235-253.
- Atalay, H. (2011). Comorbidity of insomnia detected by the Pittsburgh sleep quality index with anxiety, depression and personality disorders. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48(1), 54-59.
- Bagiolin, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19. doi:10.1016/j.jad.2011.01.001

- Balsa, C., Vital, C., & Pascueiro, L. (2011). *O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal. Prevalências e padrões de consumo, 2001-2007* (Estudos - Universidades, Universidade Nova de Lisboa). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Barrera, T. L., & Norton, P. L. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1086-1090. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.011
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 667-672.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders, 173*, 90-96. doi:10.1016/j.jad.2014.10.054
- Benton, S. A., Robertson, J. M., Tseng, W.-C., Newton, F. B., & Benton, S. L. (2003). Changes in counseling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*(1), 66-73.
- Berkel, K. V., & Reeves, B. (2017). Stress among graduate students in relation to health behaviors. *College Student Journal, 51*(4), 488-510.
- Bhujade, V. M. (2017). Depression, anxiety and academic stress among college students: A brief review. *Indian Journal of Health and Wellbeing, 8*(7), 748-751.
- Bingham, C. R., Shope, J. T., & Tang, X. (2005). Drinking behavior from high school to young adulthood: Differences by college education. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 29*(12), 2170-2180.
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Melhem, T. C. (2010). Gender differences in factor scores of anxiety and depression among Australian university students: Implications for counselling interventions. *Canadian Journal of Counselling, 44*(1), 51-64.
- Bouteyre, E., Maurel, M., & Bernaud, J.L. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress & Health, 23*(2), 93-99.
- Bravo, A. J., Pearson, M. R., Stevens, L. E., & Henson, J. M. (2016). Depressive symptoms and alcohol-related problems among college students: A moderated-mediated model of

- mindfulness and drinking to cope. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(4), 661-666.
- Buckworth, J., & Nigg, C. (2004). Physical activity, exercise, and sedentary behavior in college students. *Journal of American College Health*, 53(1), 28-34.
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente*. (1.^a ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Carter, A., Brandon, K., & Goldman, M. (2010). The college and noncollege experience: A review of the factors that influence drinking behavior in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(5), 742-750.
- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30, 51-62.
- Cid, L., Silva, C., & Alves, J. (2007). Atividade física e bem-estar psicológico - perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de rio maior. *Revista Motricidade*, 3, 47-55.
- Claudino, J., Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2016). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos: Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 182-195.
- Cluskey, M., & Grobe, D. (2018). College weight gain and behavior transitions: Male and female differences. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(2), 325-329. doi:10.1016/j.jada2008.10.045
- Conway, K. P., Green, V. R., Kasza, K. A., Silveira, M. L., Borek, N., Kimmel, H. L., Sargent, J. D., Stanton, C. A., Lambert, E., Hilmi, N., Reissig, C. J., Jackson, K. J., Tanski, S. E., Maklan, D., Hyland, A. J., & Compton, W. M. (2018). Co-occurrence of tobacco product use, substance use, and mental health problems among youth: Findings from wave 1 (2013-2014) of the population assessment of tobacco and health (PATH) study. *Addictive Behaviors*, 76, 208-217.
- Costa, A., Figueiredo, J., Monteiro, P., Costa, S., & Xavier, S. (2016). Caracterização dos padrões do consumo do álcool em estudantes da Universidade de Aveiro. *Interações*, 42, 112-124.

- Cruz, C., Pinto, J., Almeida, M., & Aleluia, S. (2010). Ansiedade nos estudantes do ensino superior. Um Estudo com Estudantes do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu. *Revista Millenium*, 38, 223-242.
- Cuberos, R. C., Ortega, F. Z., Molero, P. P., Knox, E., Bolados, C. C., Garófano, V. V., & Molina, J. J. (2018). Relationship between healthy habits and perceived motivational climate in sport among university students: A structural equation model. *Sustainability*, 10, 1-10. doi:10.3390/su10040938
- Deliens, T., Clarys, P., De Vourdeaudhuij, I., & Deforche, B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: A qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*, 14, 1-12.
- Direção Geral da Saúde. (2016a). Depressão e Outras Perturbações Mentais Comuns. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>.
- Direção Geral da Saúde. (2016b). Estilos de vida. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/estilos-de-vida.aspx>.
- Direção Geral da Saúde. (2016c). Estilos de vida saudável. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estilos-de-vida-saudavel.aspx>.
- Dhanalakshmi, D. (2014). Depression, cognitive distortion and health among college students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 5(4), 493-495.
- Dinger, M. K., & Vesely, S. K. (2001). Relationships between physical activity and other health-related behaviors in a representative sample of U.S. college students. *Journal of Health Education*, 32(2), 83-88. doi:10.1080/19325037.2001.10609404
- Dodd, L. J., Al-Nakeeb, Y., Nevill, A., & Forshaw, M. J. (2010). Lifestyle risk factors of students: A cluster analytical approach. *Preventive Medicine*, 51, 73-77. doi:10.1016/j.ypmed.2010.04.005
- Doom, J. R., & Haeffel, G. J. (2013). Teasing apart the effects of cognition, stress, and depression on health. *American Journal of Health Behavior*, 37(5), 610-619. doi:10.5993/AJHB.37.5.4
- Due, P., Krolner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Damsgaard, M. T., Graham, H., et al. (2011). Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 62-78. doi:10.1177/1403494810395989

- Dvorak, R. D., Lamis, D. A., & Malone, P. S. (2013). Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *Journal of Affective Disorders, 149*, 326-334.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(4), 534-542. doi:10.1037/0002-9432.77.4.534
- Ferrara, C. M., Nobrega, C., & Dulfan, F. (2013). Obesity, diet, and physical activity behaviors of students in health-related professions. *College Student Journal, 47*(3), 560-565.
- French, M. T., Popovici, I., & Maclean, J. C. (2009). Do alcohol consumers exercise more? Findings from a national survey. *American Journal of Health Promotion, 24*, 2-10. doi:10.2478/ajhp.0801104
- Fromme, K., Corbin, W. R., & Kruse, M. I. (2008). Behavioral risks during the transition from high school to college. *Developmental Psychology, 44*, 1497-1504. doi:10.1037/a0012614
- Galambos, N., Leadbeater, B., & Barker, E. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Developmental, 28*(1), 16-25.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., L.C.S.W., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., B.S., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety, 25*, 482-488. doi:10.1002/da.20321
- Geisner, I. M., Mallett, K., & Kilmer, J. R. (2012). An examination of depressive symptoms and drinking patterns in first year college students. *Issues in Mental Health Nursing, 35*(5), 280-287.
- Georgian, B., & Lorand, B. (2016). The influence of leisure sports activities on social health in adults. *SpringerPlus, 5*, 1-7. doi:10.1186/s40064-016-3296-9
- Gieck, D. J., & Olsen, S. (2007). Holistic wellness as a means to developing a lifestyle approach to health behavior among college students. *Journal of American College Health, 56*(1), 29-35.

- Gordon-Larsen, P., Nelson, M., & Popkin, B. (2004). Longitudinal physical activity and sedentary behaviors trends. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(4), 277-283. doi:10.1016/j.amepre.2004.07.006
- Grant, N., Wardle, J., & Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: A cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 259-268. doi:10.1007/s12529-009-9032-x
- Heaven, P., Newbury, K., & Mak, A. (2004). The impact of adolescent and parental characteristics on adolescent levels of delinquency and depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 173-185. doi:10.1016/S0191-8869(03)00077-1
- Henry, B., Cormier, C., Hebert, E., Naquin, M., & Wood, R. (2018). Health and health care issues among upper-level college students and relationships to age, race, gender, and living arrangements. *College Student Journal*, 52(1), 7-20.
- Herrman, C. (1996). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale - A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Hsu, W., Chiang, C., & Yang, S. (2014). The effect of individual factors on health behaviors among college students: The mediating effects of eHealth literacy. *Journal of Medical Internet Research*, 16, 1-11. doi:10.2196/jmir.3542
- Hyisenbegasi, A., Hass, S. L., & Rowland, C. R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8, 145-151.
- Johansson, S. E., & Sundquist, J. (1999). Change in lifestyle factors and their influence on health status and all cause mortality. *International Journal of Epidemiology*, 28, 1073-1080.
- Karimova, G., & Martin, C. (2007). A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale during pregnancy. *Psychology, Health & Medicine*, 8(1), 89-103. doi:10.1080/1354850021000059296
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(4), 531-541. doi:10.1080/00039896.1966.10664421

- Keller, S., Maddock, J. E., Hannöver, W., Thyrian, J. R., & Basler, H. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Preventive Medicine, 46*(3), 189-195. doi:10.1016/j.ypmed.2007.09.008
- Kenney, S. R., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2018). Drinking to cope mediates the relationship between depression and alcohol risk: Different pathways for college and non-college young adults. *Addictive Behaviors, 80*, 116-123.
- Khubchandani, J., Brey, R., Kotecki, J., Kleinfelder, J., & Anderson, J. (2016). The psychometric properties of PHQ-4 depression and anxiety screening scale among college students. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*, 457-462.
- Klein, D. N., Glenn, C. R., Kosty, D. B., Seeley, J. R., Rohde, P., & Lewinsohn, P. M. (2013). Predictors of first lifetime onset of major depressive disorder in young adulthood. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 1-12.
- Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite, 54*, 473-479. doi:10.1016/j.appet.2010.01.014
- Kuczmarski, M., Sees, A., Hotchkiss, L., Cotugna, N., Evans, M., & Zonderman, A. (2010). Higher healthy eating Index-2005 scores associated with reduced symptoms of depression in an urban population: Findings from the healthy aging in neighborhoods of diversity across the life span (HANDLS) Study. *Journal of the American Dietetic Association, 110*, 383-389. doi:10.1016/j.jada.2009.11.025
- Leventhal, H., Rabin, C., Leventhal, E.A., & Burns, E. (2001). Health risk behaviors and aging. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 186-214). San Diego, CA: Academic Press.
- Lippke, S., Nigg, C. R., & Maddock, J. E. (2012). Health-promoting and health-risk behaviors: Theory-driven analyses of multiple health behavior change in three international samples. *International Journal of Behavioral Medicine, 19*, 1-13. doi:10.1007/s12529-010-9135-4
- Lisha, N. E., Martens, M., & Leventhal, A. M. (2011). Age and gender as moderators of the relationship between physical activity and alcohol use. *Addictive Behaviors, 36*, 933-936. doi:10.1007/s12529-010-9135-4
- Lund, H., Reider, B., Whiting, A., & Richard, J. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health, 46*, 124-132.

- Marcolino, J., Mathias, L., Filho, L., Guaratini, A., Suzuki, F., & Alli, L. (2007). Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(1), 52-62.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. (1.^a ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Miller, K., Danner, F., & Staten, R. (2008). Relationship of work hours with selected health behaviors and academic progress among a college student cohort. *Journal of American College Health*, 56(6), 675-679.
- Mokruue, K., & Acri, M. C. (2015). Subjective health and health behaviors as predictors of symptoms of depression and anxiety among ethnic minority college students. *Social Work in Mental Health*, 13, 186-200. doi:10.1080/15332985.2014.911238
- Monma, T., Ando, A., Asanuma, T., Yoshitake, Y., Yoshida, G., Miyazawa, T, et al. (2018). Sleep disorder risk factors among student athletes. *Sleep Medicine*, 44, 76-81. doi:10.1016/j.sleep.2017.11.1130
- Moreno-Gómez, C., Romaguera-Bosch, D., Tauler-Riera, P., Bennasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J., Martinez-Andreu, S., & Aguilo-Pons, A. (2012). Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutrition*, 15(11), 2131-2139. doi:10.1017/S1368980012000080
- Norwood, S. J., Rawana, J. S., & Brown, A. (2013). Eating disturbance, interpersonal relationships, and depressive symptoms among emerging adults. *The New School Psychology Bulletin*, 10(1), 44-53.
- Nyer, M., Farabaugh, A., Fehling, K., Soskin, D., Holt, D., Papakostas, G. I., Pedrelli, P., Fava, M., Pisoni, A., Vitolo, O., & Mischoulon, D. (2013). Relationship between sleep disturbance and depression, anxiety, and functioning in college students. *Depression and Anxiety*, 30, 873-880. doi:10.1002/da.22064
- Ouwens, M. A., Strien, T., & Leeuwe, J. (2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*, 53, 245-248. doi:10.1016/j.appet.2009.06.001
- Pais-Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 22(XII), 387-397.

- Papadaki, A., Hondros, G., Scott, J. A., & Kapsokefalou, M. (2007). Eating habits of University students living at, or away from home in Greece. *Appetite*, *49*, 169-176. doi:10.1016/j.appet.2007.01.008
- Peach, H., Gaultney, J. F., & Gray, D. D. (2016). Sleep hygiene and sleep quality as predictors of positive and negative dimensions of mental health in college students. *Congent Psychology*, *3*, 1-12. doi:10.1080/23311908.2016.1168768
- Pelkonen, M., Marttunen, M., & Aro, H. (2003). Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *77*, 41-51. doi:10.1016/S0165-0327(02)00098-8
- Pessoa, P. (2010). *Sintomatologia psicopatológica e necessidades de intervenção no Ensino Superior: Despiste com estudantes da Universidade da Beira Interior* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Pinto, T., Amaral, C., Silva, V., Silva, J., Leal, I., & Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação? *Actas do 12.º Colóquio Internacional de Psicologia e Educação: Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática* (pp. 990-1006). Lisboa: ISPA - Instituto Universitário.
- Plante, T. G., & Rodin, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology: Research & Reviews*, *9*(1), 3-24.
- Pronk, N., Andreson, L., Crain, L., Martinson, B., O'Connor, P., Sherwood, N., & Whitebird, R. (2004). Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors. *American Journal of Preventive Medicine*, *27*(2S), 25-33. doi:10.1016/j.amepre.2004.04.022
- Quick, V., Shoff, S., Lohse, B., White, A., Horacek, T., & Greene, G. (2015). Relationships of eating competence, sleep behaviors and quality, and overweight status among college students. *Eating Behaviors*, *19*, 15-19. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.06.012
- Quintiliani, L., Allen, J., Marino, M., Kelly-Weeder, S., & Li, Y. (2010). Multiple health behavior clusters among female college students. *Patient Education and Counseling*, *79*, 134-137. doi:10.1016/j.pec.2009.08.007
- Racette, S., Deusinger, S., Strube, M., Highstein, G., & Deusinger R. (2005). Weight changes, exercise, and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. *Journal of American College Health*, *53*(6), 245-251.

- Raynor, D. A. & Levine, H. (2009). Associations between the five-factor modelo of personality and health behaviors among college students. *Journal of American College Health*, 58(1), 73-81.
- Raza, A., Abbasi, N., Khurshid, M., & Ansari, M. I. (2018). The relationship between depression, anxiety, stress and self-harm among college students: A cross-sectional survey. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 68(1), 137-142.
- Ribeiro, L. (2012). *Estudo da ansiedade em alunos do ensino superior utilizando o Biofeedback* (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Richards, D., & Sanabria, A. S. (2014). Point-prevalence of depression and associated risk factors. *The Journal of Psychology*, 148(3), 305-326. doi:10.1080/00223980.2013.800831
- Rocha, A. (2011). *Álcool e substâncias psicoativas no estudante universitário* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Rodrigues, P., Salvador, A., Lourenço, I., & Santos, L. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*, 4, 453-466. doi:10.14417/ap.789
- Santana, S. & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências*, 14(1), 17-24.
- Santos, M. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários* (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Satter, E. (2007a). Eating competence: Definition and evidence for the Satter Eating Competence model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(S5), S142-S153.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Pshychology: An International Review*, 57(1), 1-29. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
- Selkie, E. M., Kota, R., Chan, Y., & Moreno, M. (2015). Cyberbullying, depression, and problem alcohol use in female college students: a multisite study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(2), 79-86. doi:10.1089/cyber.2014.0371
- Snaith, R. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-4.

- Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 247-256.
- Sussman, S., & Arnett, J. J. (2014). Emerging adulthood: Developmental period facilitative of the addictions. *Evaluation & the Health Professions*, 37(2), 147-155. doi:10.1177/0163278714521812
- Stapleton, P., & Empson, S. (2013). The interplay between depression, anxiety, interpersonal problems, self-weighting and overall eating styles of university students. *The New School Psychology Bulletin*, 10(2), 39-51.
- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Jr, R. M., Miller, M. D., & Dodd, V. J. (2009). Associations Between Physical Activity and Reduced Rates of Hopelessness, Depression, and Suicidal Behavior Among College Students. *Journal of American College Health*, 57(4), 427-435.
- The WHOQOL Group (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 10, 1403-1409.
- Thiagarajah, K., & Torabi, M. R. (2009). Irregular breakfast and associated health behaviors: a pilot study among college students. *Spring*, 41(1), 4-10.
- Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P., & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 48-52. doi:10.101097/YCO.0b013e328333d625
- Trinh, L., Wong, B., & Faulkner, G. E. (2015). The independent and interactive associations of screen time and physical activity on mental health, school connectedness and academic achievement among a population-based sample of youth. *Journal of the Canadian Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 24(1), 17-24.
- Troost, J. P., Rafferty, A. P., Luo, Z., & Reeves, M. J. (2012). Temporal and regional trends in the prevalence of healthy lifestyle characteristics: United States, 1994-2007. *American Journal of Public Health*, 102(7). 1392-1398.
- United Nations Regional Information Centre for Western Europe. (2017). Growing up unequal. Disponível em <https://www.unric.org/en/latest-un-buzz/30106-growing-up-unequal->.
- VanKim, N. A., & Nelson, T. F. (2013). Vigorous physical activity, mental health, perceived stress, and socializing among college students. *American Journal of Health Promotion*, 28(1), 7-15. doi:10.4278/ajhp.111101-QUAN-395

- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H., Mano, M., & Martins, E. (2009). Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade*, 5(1), 21-32.
- Velayudhan, A., Gayatridevi, S., & Bhattacharjee, R., (2010). Efficacy of behavioral intervention in reducing anxiety and depression among medical students. *Industrial Psychiatry Journal*, 19(1), 41-46.
- Villatte, A., Marcotte, D., & Potvin, A. (2017). Correlates of depression in first-year college students. *Canadian Journal of Higher Education*, 47(1), 114-136.
- Wei, C. N., Harada, K., Ueda, K., Fukumoto, K., Minamoto, K., Ueda, A. (2012). Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17, 222-227. doi:10.1007/s12199-011-0244-8
- Weiss, A., Xu, F., Storfer-Isser, A., Thomas, A., levers-Landis, C., & Redline, S. (2010). The association of sleep duration with adolescents' fat and carbohydrate consumption. *Sleep*, 33, 1201-1209.).
- White, A., & Hingson, R. (2013). The burden of alcohol use: Excessive alcohol consumption and related consequences among college students. *Alcohol Research Current Reviews*, 35, 201-218.
- White, H. R., Lavouvie, E. W., & Papadaratsakis, V. (2005). Changes in substance use during the transition to adulthood: a comparison of college students and their noncollege age peers. *Journal of Drugs Issues*, 35, 281-306.
- World Health Organization (1946): Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference, New York, 19 June - 22 July 1946. Acedido em 14 de junho de 2018.
- World Health Organization. (2015). *Depression*. Disponível em <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/.
- World Health Organization. (2018a). A healthy lifestyle. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle>.

World Health Organization. (2018b). *Adolescent development*. Disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/.

World Health Organization. (2018c). *Adolescents: health risks and solutions*. Disponível em <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.

Zochil, M. L. (2013). Developing the Problematic University Life-Style Evaluation (PULSE) Scale: A pilot study. *Journal of the Australian and New Zealand Student Services Association*, 41, 26-31.

Zochil, M. L., & Thorsteinsson, E. B. (2018). Exploring poor sleep, mental health, and help-seeking intention in university students. *Australian Journal of Psychology*, 70, 41-47. doi:10.1111/ajpy.12160