



**Escola Superior
de Tecnologia
da Saúde**

Politécnico de Coimbra



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Jéssica Tarcylla Beviláqua de Aguiar

Coimbra, março de 2024

Jéssica Tarcylla Beviláqua de Aguiar

Promoção de Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção

Mestrado em Educação para a Saúde

Coimbra, 2024

Trabalho de Projeto submetido à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação para a Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Monteiro Amaral.

Constituição do Júri:

Presidente Professor Doutor Fernando José Figueiredo Agostinho d'Abreu Mendes

Arguente Professora Doutora Maria do Rosário de Carvalho Nunes Manteigas e Moura Pinheiro

Orientadora Professora Doutora Ana Paula Monteiro Amaral

Coimbra, 15 de março de 2024

Agradecimentos

Este trabalho não é apenas fruto de esforço individual, mas é produto de uma rede de relações e valioso suporte. Gratidão expressa muito bem o que sinto fortemente nesse caminho. Muito obrigada a todos que estiveram nesse caminhar comigo.

À minha mãe e ao meu pai, Maria José e Reginaldo, pelo colo, pelas lutas, por terem me proporcionado algo de muito valor, a educação. Obrigada por serem pilares e me permitirem construir de forma tão significativa. E ao meu irmão, Matheus, por todo o apoio e pelo cuidado em momentos cruciais.

À minha orientadora, professora doutora Ana Paula Amaral, um profundo agradecimento pela dedicação e comprometimento, que foram tão fundamentais para este estudo e para o meu aprendizado. Obrigada por mostrar caminhos e caminhar junto, por ser inspiração e força.

Aos colegas de graduação, de mestrado e a todos que já foram colegas de trabalho, por partilharem de momentos que foram base de conhecimento e experiências para toda a trajetória.

À Renata, Leo e Mariah, por serem família em terras lusitanas.

À Margarida, pelas partilhas na convivência cotidiana.

Aos queridos amigos que, de perto, ou longe, proporcionaram cuidado, zelo, afeto, contribuições e boas conversas estimulantes ao longo da jornada.

Que a finalização deste ciclo traga o começo de uma jornada repleta de novas descobertas e conquistas. A todos que partilharam deste caminho comigo, minha mais sincera gratidão.

Promoção de Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção

Resumo

A saúde mental de estudantes do ensino superior é uma temática notoriamente relevante, sobretudo para estudantes da área da saúde. O objetivo geral do presente estudo foi elaborar, implementar e avaliar a eficácia de um programa de promoção de saúde mental, com foco no desenvolvimento de competências, em estudantes do ensino superior. A amostra final constituiu-se de 9 estudantes do ensino superior da ESTeSC-IPC, em que todas as participantes foram mulheres, solteiras e sem filhos. A maioria (77,7%) tinha entre 19 e 21 anos, concretizando uma média aproximada de 20 anos de idade (DP = 1,48). O programa de intervenção foi composto por 6 sessões presenciais, com cerca de 60 minutos cada, com aspetos teóricos e práticos para um treino de competências: de gestão de stresse, de regulação emocional, de tolerância à frustração. Os resultados sugeriram que houve diminuição dos níveis de ansiedade ($p = 0,07$), depressão ($p = 0,03$) e stresse ($p = 0,07$), após a intervenção. Houve, ainda, diminuição das dificuldades de regulação emocional para as participantes ($p = 0,01$), notadamente de dificuldades quanto a estratégias ($p = 0,02$), impulsos ($p = 0,03$) e não aceitação ($p = 0,05$). Para as subescalas de consciência, objectivos e clareza, apesar de os resultados terem demonstrado diminuição dos níveis, não houve significância estatística. As principais limitações do estudo foram o tamanho da amostra e a ausência de um grupo-controle. Sugestões para estudos futuros seriam replicar a intervenção com uma equipa mais alargada e pesquisar mais especificamente o stresse académico em estudantes da área da saúde. Destarte, faz-se ainda necessária mais vasta investigação em contexto académico e intervenções no âmbito da saúde mental com estudantes do ensino superior.

Palavras-chave: Saúde Mental, Estudantes de Ensino Superior, Desenvolvimento de Competências.

Promotion of Mental Health in Higher Education Students: Evaluating the Effectiveness of an Intervention Program

Abstract

The mental health of higher education students is a notoriously relevant topic, especially for students in the health field. The general objective of the present study was to develop, implement and evaluate the effectiveness of a mental health promotion program, focusing on the development of skills, in higher education students. The final sample consisted of nine higher education students from ESTeSC-IPC, in which all participants were women, single and without children. The majority (77.7%) were between 19 and 21 years old, with an approximate average of 20 years of age ($SD = 1.48$). The intervention program consisted of 6 face-to-face sessions, lasting around 60 minutes each, with theoretical and practical aspects for skills training: stress management, emotional regulation, frustration tolerance. The results suggested a decrease in levels of anxiety ($p = 0.07$), depression ($p = 0.03$), and stress ($p = 0.07$) after the intervention. There was also a decrease in emotional regulation difficulties for the participants ($p = 0.01$), notably in difficulties regarding strategies ($p = 0.02$), impulses ($p = 0.03$), and non-acceptance ($p = 0.05$). For the subscales of awareness, goals, and clarity, although the results showed a decrease in levels, there was no statistical significance. The main limitations of the study were the sample size and the absence of a control group. Suggestions for future studies would be to replicate the intervention with a larger team and to specifically research academic stress in students in the health field. Therefore, further research in an academic context and interventions in the field of mental health with higher education students are still necessary.

Keywords: Mental Health, Higher Education Students, Skills Development.

Sumário

1.	Introdução	1
2.	Enquadramento Teórico.....	4
2.1	Promoção de Saúde mental e o desenvolvimento de competências	4
2.2	Gestão do Stresse.....	6
2.3	Emoções e Regulação Emocional.....	8
2.4	Tolerância à Frustração	10
2.5	Programas de Promoção de Saúde Mental com Estudantes de Ensino Superior	12
3.	Objetivos	15
4.	Material e Métodos	16
4.1	Tipo de Estudo.....	16
4.2	Procedimentos	16
4.2.1	Participantes.....	16
4.2.2	Questões Éticas.....	16
4.2.3	Recursos	17
4.2.4	Planeamento	17
4.3	Avaliação.....	18
4.3.1	Questionário Sociodemográfico	19
4.3.2.	Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS-21)	19
4.3.3.	Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE).....	19
4.3.4.	Entrevista Semiestruturada	20
4.4	Descrição das Atividades de Educação para a Saúde realizadas.....	21
4.5	Análise dos Dados	22
5.	Resultados.....	23
5.1	Características Gerais da Amostra	23
5.2	Ansiedade, Depressão e Stresse pré e pós-intervenção	25
5.3	Dificuldades de Regulação Emocional pré e pós-intervenção.....	26
5.4	Entrevistas	30
6.	Discussão.....	32
7.	Conclusão.....	344
8.	Referências Bibliográficas.....	37
	ANEXOS.....	488
	Anexo 1 – Parecer nº 86_CEIPC/2022, no dia 27 de abril de 2022.....	488
	Anexo 2 – Autorização da Presidência da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra	51
	Anexo 3 – Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	522

Anexo 4 – Autorização para utilização do EADS-21	54
Anexo 5 – Autorização para utilização do EDRE	55
Anexo 6 – Questionário Sociodemográfico	57
Anexo 7 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS-21)	59
Anexo 8 – Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE).....	60
Anexo 9 – Entrevista Semiestruturada	62

Promoção de Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção

1. Introdução

A saúde mental em estudantes do ensino superior é uma temática notoriamente relevante, tendo em conta que tem ocorrido um decréscimo desta nos últimos anos. Diversos estudos sugerem que as perturbações psiquiátricas tem sido cada vez mais frequentes nesta população (Son et al., 2020; Penha et al., 2020; Hunt & Eisenberg, 2010). Acresce referir que foi identificada uma maior prevalência de perturbações associadas ao uso abusivo de álcool entre estudantes do ensino superior, comparativamente com a população em geral (Verhoog et al., 2019; Blanco et al., 2008). Outro fator relevante relaciona-se com o impacto negativo da doença mental no desempenho académico (Auerbach, 2016).

As perturbações mais prevalentes identificadas nos estudantes do ensino superior foram as perturbações de ansiedade, as perturbações do humor (destacando-se os Episódios Depressivos), perturbações por uso de álcool (20,37%) e as perturbações de personalidade (Verger et al., 2010; Zivin et al., 2009; Blanco et al., 2008). Pesquisas realizadas pela *World Mental Health* (WMH) da Organização Mundial de Saúde (OMS) concluíram que diferentes perturbações são comuns em estudantes universitários, ocorrendo a maior parte antes da matrícula na instituição de ensino superior e que a maioria destes não recebem tratamento eficaz (Auerbach et al., 2016; Zivin et al., 2009). Esses indicadores apontam para a necessidade de intervenções voltadas ao cuidado da saúde mental de estudantes do ensino superior.

É comum que os estudantes do ensino superior vivenciem mudanças em suas vidas, em vários âmbitos, sejam aspetos biológicos, psicológicos ou sociais. O desafio com que se confrontam relaciona-se com lidar com todas essas possíveis mudanças e com stressores de carácter académico (Graner & Cerqueira, 2019). Ao realizar uma revisão sobre fatores associados ao sofrimento psicológico, em estudantes do ensino superior, os autores verificaram resultados similares nas variáveis sociodemográficas, como estudos que apontavam relação do sofrimento com fatores como ser do sexo feminino, ser mais jovem, ter baixa renda, baixo apoio social, avaliação do próprio desempenho académico como insatisfatório e dificuldade para fazer amizades (Graner & Cerqueira, 2019). Portanto, identificam-se diversos caminhos possíveis de intervenção em promoção de saúde mental entre os estudantes do ensino superior, seja a partir da prática de exercício físico, intervenção em relação ao sono, apoio social, além

da possibilidade e importância de intervenções a nível do desenvolvimento de competências desta população.

Como é possível perceber, mesmo antes da pandemia de COVID-19, estudos já indicavam aumento significativo de perturbações ansiosas e depressivas, além de elevada prevalência de stresse psicológico entre estudantes do ensino superior (Verger et al., 2009), sobretudo da área da saúde (Stallman, 2010; Carvalho et al., 2015; Jamshidi et al., 2017; Murakami et al., 2019; Paula et al., 2020). Entretanto, a pandemia e as restrições em decorrência desta trouxeram impactos significativos para a saúde mental da população em geral, e foi observado um significativo aumento de manifestações psicológicas negativas nos estudantes do ensino superior (Barros et al., 2021; Ochnik et al., 2021; Son et al., 2020; Chen & Lucock, 2022; Oliveira et al., 2022). Além da pandemia ter afetado os estudantes de uma forma geral, a literatura sugere que nos estudantes da área da saúde o impacto psicológico foi ainda mais significativo, tendo em vista a exposição a que estiveram submetidos (Cobián Mena et al., 2020; Khera et al., 2022).

Ao procurar caracterizar a saúde mental dos estudantes do ensino superior em Portugal e suas possíveis relações com variáveis psicossociais, Nogueira e Sequeira (2017) concluíram que ser do género masculino e ter elevado nível socioeconómico foram variáveis que relacionaram-se positivamente à saúde mental. Concluíram, ainda, que praticar regularmente atividade física e dormir sete ou mais horas por dia eram hábitos que também poderiam relacionar-se positivamente à saúde mental dos estudantes do ensino superior.

Em estudos realizados com estudantes da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Instituto Politécnico de Coimbra (ESTeSC-IPC) – mesma instituição onde decorreu o presente estudo – verificou-se que os alunos apresentavam níveis mais elevados de ansiedade, comparativamente à depressão e stresse (Fernandes, 2020). Foi observado, ainda, em estudo que buscou também perceber o impacto da pandemia de covid-19 na saúde mental, na solidão e na qualidade de sono dos alunos, que a grande maioria dos estudantes apresentavam sentimentos de solidão – apenas 11,1% dos estudantes a não apresentar – e que mulheres apresentaram níveis de ansiedade mais elevados que os homens (Matias, 2021).

Para que o estudante do ensino superior consiga lidar com todos os processos que poderão ocorrer neste período, são necessárias algumas competências que podem se relacionar com os vários fatores de risco já elencados. É neste sentido que o programa de promoção de saúde mental realizado e cuja eficácia será analisada neste trabalho pretendeu o

desenvolvimento de competências que possam resultar em melhorias para as vidas dos estudantes da ESTeSC-IPC.

Este trabalho divide-se em duas partes, a primeira que integra o enquadramento teórico, onde são abordados conceitos fundamentais para uma melhor compreensão da intervenção realizada com estudantes do ensino superior, nomeadamente a Gestão de Stresse, a Regulação Emocional e a Tolerância à Frustração. Serão, também, abordadas algumas intervenções já realizadas com esta população, com objetivos similares aos do presente trabalho. Na segunda parte, o estudo empírico, abordaremos a metodologia, a descrição da intervenção realizada, os resultados encontrados, sua análise discussão e consequentes conclusões.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Promoção de Saúde Mental e o Desenvolvimento de Competências

A noção de promoção de saúde conduz-nos a pensar a saúde, cuja conceptualização mais aceite é a da Organização Mundial de Saúde, que diz respeito a “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1948). Com a emergência das questões climáticas e das preocupações com a sustentabilidade, algumas limitações neste conceito têm sido evidenciadas. Entretanto, tem vindo a ganhar relevância, nos últimos anos, a noção de “one health”, que apesar de não ter uma definição única, traz uma noção da saúde de forma colaborativa, multisetorial e transdisciplinar, reconhecendo a interdependência entre humanos, animais, plantas e ambiente (Atlas, 2012).

Estas perspectivas abrem margem para uma noção de saúde não mais apenas como o oposto de “doença”, mas uma compreensão mais ampla, integral e o entendimento de que a saúde pode ser promovida. A promoção de saúde, em sua concepção moderna, originou-se formalmente, com o Informe Lalonde, em Canadá, em 1974. O referido documento foi motivado pelos altos custos com assistência médica e pela observação da pouca eficácia desse tipo de assistência em casos específicos, além da consideração da importância de uma perspectiva ampla de saúde e dos determinantes desta. Assim, o campo da saúde seria dividido em quatro aspetos principais, a saber: a biologia humana, o estilo de vida, o ambiente, e a organização da assistência à saúde. Uma das conclusões apresentadas no Informe Lalonde diz respeito a que a sociedade canadense investia quase tudo neste último elemento, em detrimento dos demais, as quais estariam relacionados ao desencadeamento de grande parte das mortes e doenças registadas (Buss, 2000).

Durante a conferência de Alma-Ata, em 1978, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foram elaboradas orientações no sentido de oito componentes importantes: educação referente a questões de saúde e a suas formas de prevenção e controle, proporcionar alimentação e nutrição adequadas, fornecimento de água de boa qualidade e saneamento básico adequado, atenção à saúde materno-infantil, levando em consideração também o planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, cuidados adequados de doenças e lesões comuns, e distribuição de medicamentos fundamentais (Alma-Ata, 1978). Dessa forma, Alma-Ata representou um importante marco para a promoção de saúde.

Com a Carta de Ottawa, em 1986, o conceito de promoção de saúde passa a ser entendido como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua

qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986) e traz ainda a saúde como um recurso importante para o desenvolvimento social e econômico, elencando importantes determinantes da saúde (WHO, 1986).

Destarte as diferentes concepções acerca da promoção de saúde, podem ser consideradas em duas principais formas de a compreender (Sutherland & Fulton, 1992 apud Buss, 2000). Uma delas diz respeito à mudança de comportamento dos indivíduos, abrangendo transformações nos seus estilos de vida, em relação com suas famílias e no ambiente de suas comunidades. Dessa forma, o enfoque seria direcionado a questões educativas em saúde, voltadas à possibilidade de mudança de comportamentos direcionados a fatores de risco, de forma que o próprio indivíduo controlaria esses aspectos relacionados a promoção de saúde, como é o exemplo a prática de atividade física, a execução de dietas ou mudanças no hábito de fumar. Recentemente, porém, e como parte da segunda forma de compreender a promoção de saúde, o entendimento desta encontra-se mais associado a consideração da importância fundamental dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Este, parte da perspectiva ampla de saúde, em que esta estaria associada a uma série de fatores relacionados à qualidade de vida, como questões de educação, higiene do ambiente, condições de moradia, saneamento básico, questões relacionadas a alimentação, suporte social, boas condições de trabalho, além de práticas de um estilo de vida saudável e cuidados em saúde.

Ao encontro desta concepção, temos a perspectiva de promoção de saúde referindo-se às atividades, processos e recursos, seja de natureza institucional, governamental ou de cidadania, direcionados para melhorar as condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais. Desta forma, visa promover o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos que favoreçam o cuidado da saúde, juntamente com o desenvolvimento de estratégias que capacitem a população a exercer um maior controle sobre a sua saúde e as suas condições de vida, quer seja a nível individual ou coletivo (Gutierrez, 1996).

Apesar das diferentes formas de ver o conceito de promoção de saúde, há uma noção que perpassa por todos eles: a Educação para Saúde, cuja definição pode ser “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes” (OMS, 1998 apud DGE, 2014).

O presente trabalho visa promover saúde mental, através da educação para a saúde, por meio do desenvolvimento de competências, nomeadamente de gestão de stresse, regulação emocional e tolerância à frustração, temáticas que serão abordadas nos tópicos seguintes.

2.2 Gestão do Stresse

O stresse tornou-se uma palavra de uso muito frequente no cotidiano das pessoas, apropriada pelo senso comum e presente em diferentes contextos da vida em sociedade. É, portanto, fundamental uma análise cuidadosa sobre seu significado, sobretudo no contexto científico.

A palavra “stresse” deriva do latim (*stringo, stringere, strinxi, strictum*), palavras cujos significados estão relacionados a “apertado” e “estreito”. A partir do século XVII, o termo foi apropriado pela ciência da Física e passou a ter o seu significado associado à força externa que produz uma deformação em um corpo, e este pode recuperar o seu tamanho e formas originais depois de ser comprimido ou esticado por esta força (Amaral, 2008), significado este que foi apropriado pela medicina posteriormente. Assim, Hans Selye, célebre médico e responsável pela popularização do tema, definiu stresse como a resposta não específica a qualquer exigência de adaptação do organismo (Amaral, 2022). Outros autores criticaram esta perspectiva por ser demasiado redutora. Lazarus e Folkman, na teoria transacional do stresse, referem que o stresse ocorre quando a avaliação que o indivíduo faz sobre as exigências do meio constituem uma exigência excessiva, ultrapassando suas capacidades de adaptação e ameaçando o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984; Amaral, 2022).

Essas significações foram mudando ao longo do tempo e o stresse foi sendo amplamente estudado dentro do campo da Psicologia. Atualmente, entende-se a sua importância para maior compreensão da relação e dos limites entre o normal e o patológico, além disso ele também pode estar presente em variados contextos na vida, como trabalho, família, estudos, entre outros. O stresse pode ocorrer, ainda, tanto diante de situações mais agudas e fortemente traumáticas, como de situações tidas como cotidianas na vida (Amaral, 2022).

Compreende-se que a relação entre a situação ocorrida e o stresse gerado é diretamente influenciada pela avaliação que o sujeito que a vivencia faz sobre esta sua interação com o meio (Lazarus, 2006). Esta avaliação cognitiva que o sujeito realiza sobre a situação é importante para perceber como o stresse afeta uma pessoa e como ela lida com este fenómeno e pode mudar ao longo do tempo. Além disso, o stresse também está relacionado com a crença

de autoeficácia da pessoa, ou seja, o quanto esta acredita que é capaz de lidar com uma circunstância específica (Pocinho & Capelo, 2009).

Desta forma, o stresse pode ser considerado tendo em conta as seguintes conjeturas: ele relaciona-se a aspetos funcionais do indivíduo e sua adaptabilidade; o stresse não é o mesmo que doença, embora possa estar relacionado ao seu desenvolvimento; e envolve uma rede de interações e influências mútuas entre fatores ambientais e fatores intrínsecos do indivíduo, incluindo suas respostas psicofisiológicas (Amaral, 2008).

Sabe-se, portanto, que diversos fatores estão relacionados ao stresse, como o sono, pensamentos e sentimentos, traumas, violências, guerras ou questões económicas. Desta forma, o stresse é um fenómeno multidimensional, que envolve aspetos fisiológicos, psicológicos e sociais (Hirschle & Gondim, 2020). Sabe-se, também, que o stresse está relacionado com várias doenças conhecidas, por exemplo, perturbações depressivas e de ansiedade (Margis et al., 2003; Hammen, 2005; Francis et al., 2012; Hemmerle et al., 2012), burnout (Schmitz et al., 2000; Iacovides et al., 2003) e uso abusivo de substâncias (Rose & Bond, 2008; Duffing et al., 2014).

A vulnerabilidade ao stresse e o apoio social são dois elementos importantes na mediação do stresse com a doença (Amaral, 2008). O primeiro deles caracteriza-se quando o indivíduo, diante de situações adversas na vida, apresenta um risco maior de desenvolver uma resposta mal adaptativa e algum processo de adoecimento (Serra, 2000). Outro fator que influencia sobremaneira é o apoio social – e importante ressaltar aqui que este depende de uma avaliação subjetiva que a pessoa realiza sobre ele – partindo do pressuposto de que este pode influenciar positivamente e ser protetivo em relação a patologias.

Desta forma, percebe-se a necessidade em atentar-se, de facto, para a competência de gestão de stresse, a fim de possibilitar formas mais interessantes e saudáveis de lidar com este fenómeno. Gestão do stresse, segundo o dicionário de Psicologia da *American Psychological Association* (APA), refere-se ao uso de técnicas, estratégias ou programas específicos a fim de lidar com o estado do stresse e situações indutoras deste. Exemplos dessas formas de lidar são a prática de relaxamento e de técnicas de respiração (*American Psychological Association*, n.d.). O desenvolvimento de competências de gestão de stresse foi um dos objetivos do presente trabalho, como descreveremos no capítulo da metodologia.

2.3 Emoções e Regulação Emocional

A abordagem das emoções é um tema debatido desde há muito tempo pela humanidade e a forma de lidar com elas constitui um interesse que perpassa por vários âmbitos. Entretanto, nas últimas décadas vêm sendo tomada como objeto de estudo pela ciência, sobretudo pela Psicologia e isto tem trazido inúmeros avanços no conhecimento deste fenómeno, bem como benefícios para pessoas que dele necessitam.

As emoções caracterizam-se como respostas a estímulos internos ou externos. Estas respostas são breves, involuntárias e complexas (Neacsiu et al., 2014), e podem envolver diferentes tipos de componentes concomitantemente, como respostas experimentais subjetivas, fisiológicas e comportamentais. É a pessoa como um todo que produz essas respostas (Gross & Thompson, 2007), sendo, portanto, as respostas emocionais sistémicas (Neacsiu et al., 2014).

É importante ressaltar o carácter evolutivo das emoções, ou seja, elas foram selecionadas à nível de espécie e conferiram ao ser humano mais adaptabilidade ao meio. Portanto, as emoções têm funções para os sujeitos, a saber: 1) motivar e organizar a ação, produzindo, dessa forma, economia de tempo na produção de uma ação rápida para superar a situação, isto pode ser de fundamental importância em situações de maior perigo; 2) comunicar algo às outras pessoas, inclusive através das expressões faciais, é possível influenciar a emoção ou ação de outra pessoa; 3) sinalizar algo a nós mesmos, pois podem nos fornecer informações importantes sobre uma situação (Linehan, 2018).

As emoções, portanto, são de grande importância, visto que se relacionam com outros fenómenos psicológicos e têm uma dimensão transdiagnóstica (Gross & Munoz, 1995; Kring & Sloan, 2010), dessa forma, faz-se fundamental buscar compreendê-las e entender como as regulamos. Gross define regulação emocional como “processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções” (Gross, 1998, p. 275). Logo, a regulação emocional acontece quando alguém busca influenciar o processo gerador da emoção em direção a um objetivo, seja de forma consciente ou não (Gross et al., 2011).

A regulação emocional pode ocorrer de forma automática, sem reflexão anterior sobre que estratégia adotar, ou mesmo sem perceber a estratégia adotada, ou como resultado de um processo de trabalho sobre esse fenómeno. Davidson (1998) afirma que os processos de regulação emocional são parte integrante da resposta emocional, sendo, portanto, algo que está a ocorrer cotidianamente na vida dos indivíduos.

Assim, Gratz e Roemer (2004) trazem a perspectiva de que a regulação emocional abrange quatro aspectos fundamentais, a saber: a consciência e a compreensão das emoções; a aceitação das emoções; a capacidade de controlar comportamentos impulsivos e, mesmo em momentos de emoção negativa, agir de acordo com os objetivos desejados pela própria pessoa; e a capacidade para usar a regulação emocional de forma apropriada, implementando estratégias de forma flexível às situações de modo que modulem as respostas emocionais para alcançar objetivos individuais e atender às exigências da situação. Dessa forma, os autores enfatizam uma compreensão multidimensional da regulação emocional, e isto precisa ser considerado quando se vai trabalhar essas competências específicas.

As dificuldades na regulação emocional derivam, portanto, tanto de aspectos biológicos relacionados com a sensibilidade às emoções, quanto de experiências adversas ao longo da história de vida do sujeito, que incluem situações aversivas ou de invalidação. Estas dificuldades têm como consequência a disfunção neurobiológica e a falta de competências para lidar com as emoções (Linehan, 2018; Crowell et al., 2009).

As dificuldades de regulação emocional estão relacionadas com várias perturbações, como ansiedade generalizada (Mennin et al., 2002; Salters-Pedneault et al., 2006), fobia social (McNally, 2002; Rukmini et al., 2014), perturbação do pânico (Baker et al., 2004), depressão (Gross & Muñoz, 1995; Silk et al., 2003; Williams et al., 2004; Vanderlind et al., 2020), sintomas obsessivo compulsivos (See et al., 2022), perturbação de personalidade borderline (Gratz et al., 2006; Gratz et al., 2016; Linehan, 2018), perturbação bipolar (Gruber, 2011), perturbações por uso de substâncias (Kober, 2014), entre outras questões de saúde.

Várias investigações focaram-se na compreensão da regulação emocional em estudantes do ensino superior, para além do enfoque psicopatológico. Järvenoja et al. (2019) buscou focar a regulação emocional em situações desafiadoras de aprendizagem colaborativa em estudantes do ensino superior, e verificaram que a regulação emocional a nível grupal pode ser ativada em relação a diferentes tipos de desafios. Firer et al. (2021) pesquisou a compreensão das emoções e a sua regulação em diálogos educacionais e perceberam que emoções intensas não prejudicavam a qualidade do diálogo, concluindo que momentos que propiciem fortes emoções em discussões contenciosas podem ser momentos importantes de exercício para regulação emocional em estudantes do ensino superior.

Com o objetivo de analisar relações entre stresse percebido, *coping*, desregulação emocional, afeto e sintomas psicossomáticos em estudantes do ensino superior, Teixeira et al.

(2022) concluíram que a desregulação emocional mediou parcialmente a relação entre stresse percebido e sintomas psicossomáticos, apontando para uma alta influência da desregulação emocional no desenvolvimento de afeto negativo e sintomas psicossomáticos em estudantes do ensino superior. Outro estudo indica ainda uma relação entre a necessidade de autonomia e duas dimensões de regulação emocional (reavaliação cognitiva e supressão expressiva) para estudantes. Além disso, nesta mesma investigação, verificou-se que os estudantes da área da saúde apresentaram melhor uso da regulação emocional, para lidar com o stresse académico (Chacón-Cuberos et al., 2019).

Dessa forma, compreende-se a desregulação emocional como um fenómeno transdiagnóstico (Neacsiu et al., 2014), justificando-se ainda mais a importância de uma compreensão mais aprofundada sobre este assunto e de promover programas que possam atuar no desenvolvimento das competências de regulação emocional, a fim, não somente de prevenir o desenvolvimento ou agravamento de psicopatologias, mas também, com o objetivo de promover saúde mental em estudantes do ensino superior.

2.4 Tolerância à Frustração

Vivenciar situações que podem gerar frustração é algo que certamente ocorrerá a todas as pessoas, em algum momento. Existem várias definições possíveis sobre este constructo, entretanto a maior parte delas aponta para alguns pontos comuns. Frustração pode, portanto, ser entendida como um “estado emocional ou sentimento negativo [que] advém da não satisfação de algo ou de uma necessidade que seja importante para o indivíduo, mesmo que este algo seja um objeto real ou fictício” (Moura, 2008, p. 6).

A questão associada a esta temática não é tanto se a pessoa vai experimentar a sensação da frustração, mas mais sobre como ela vai lidar com esta experiência. De acordo com Miranda (2021), o que diferencia as pessoas neste âmbito é o quanto de frustração elas são capazes de tolerar. Existem diferentes definições sobre tolerância à frustração, entretanto tendo por base elementos comuns entre elas, de uma forma geral, pode-se afirmar que esta representa a capacidade para lidar com situações que acarretem frustração, de modo a aceitar que o objetivo desejado não pode ser alcançado. E isto implicaria a existência de competências para suportar situações que envolvem fracassos e obstáculos (Rocha, 2010).

Harrington (2005) distingue quatro dimensões relacionadas à tolerância à frustração, nomeadamente: 1) intolerância emocional, que corresponde a dificuldades em lidar com

emoções derivadas de situações específicas; 2) intolerância ao desconforto, que representa as dificuldades em lidar com a sensação e situações que gerem desconforto geral; 3) direito, que se relaciona, por exemplo, com dificuldades em ceder a exigências de outras pessoas; e 4) frustração de realização, que representa intolerância diante de situações em que a pessoa não alcançou o sucesso desejado em determinada situação.

O autor referido relaciona aspectos específicos da tolerância à frustração, como a intolerância ao desconforto e intolerância emocional, com os problemas com procrastinação (Harrington, 2005). Ponto fundamental a considerar dado que a procrastinação pode ter relação negativa com o desempenho acadêmico (Kim & Seo, 2015; Grunschel et al., 2016; Balkis & Duru, 2017).

Harrington (2006) desenvolveu um estudo sobre a tolerância à frustração e sua relação com a ansiedade, a depressão e a raiva e concluiu que a intolerância à frustração tem uma relevância considerável a nível cognitivo e que acaba por se relacionar com outros construtos e, portanto, deve ser vista de forma multidimensional e transdiagnóstica. Além disso, concluiu ainda que esta se relaciona fortemente com emoções negativas, dessa forma apresentando também relação com perturbações de ansiedade, depressão e raiva.

Outros estudos também relacionam a tolerância à frustração com a ansiedade (Buschmann et al., 2018; Mahon et al., 2007; Chi et al., 2021; Chan & Sun, 2021) e a depressão (Buschmann et al., 2018; Mahon et al., 2007; Seymour et al., 2019; Seymour & Miller, 2017), bem como, a perturbação de hiperatividade/défice de atenção (Seymour et al., 2019; Seymour & Miller, 2017) e o uso abusivo de álcool e/ou outras substâncias (Ramirez-Castillo et al., 2019; Rosmann & Almeida, 2022).

Estudos apontam, ainda, para uma relação negativa entre a tolerância à frustração e o stresse, o que significa que estes aspectos se interrelacionam, e que em geral, quanto maior stresse, menor a tolerância à frustração (Mahon et al., 2007; Chi et al., 2021; Chan & Sun, 2021). Ademais, há pesquisas que relacionam a tolerância à frustração e a regulação emocional, seja em suas várias dimensões ou associando-as a uma patologia/condição específica, como a síndrome de burnout ou o autismo (Seymour et al., 2019; Potard & Landais, 2021; Reyes et al., 2019).

Luo et al. (2022), ao estudar a relação entre tolerância à frustração, stresse no trabalho e estilos de *coping* em estudantes universitários, observou que há uma correlação negativa significativa entre tolerância à frustração e ansiedade no emprego – em relação à busca de

emprego por parte desses estudantes – e que esta relação pode influenciar a forma como lidam com a situação.

Na tentativa de estudar a validade preditiva de escalas de crenças irracionais, Chang e D’Zurilla (1996) verificaram que a baixa tolerância à frustração era um preditor tanto de sintomas de depressão, como de ansiedade, em estudantes universitários. Ozer et al. (2012), por sua vez, numa amostra de estudantes universitários turcos, verificou existir correlação entre os indicadores da subescala de intolerância ao desconforto – uma das dimensões da intolerância à frustração – e o comportamento de procrastinação.

Tendo em conta que a tolerância à frustração está relacionada com tantos constructos relacionados com a saúde, é fundamental investir na pesquisa e implementação de estratégias para o desenvolvimento de competências neste âmbito, em particular na população de estudantes do ensino superior, tendo em conta as informações citadas anteriormente. É partindo deste princípio e considerando que esta é uma competência que pode ser desenvolvida, que se propôs que a tolerância à frustração fosse uma das competências abordadas no programa de promoção para a saúde mental de estudantes do ensino superior que foi implementado no presente estudo.

2.5 Programas de Promoção de Saúde Mental com Estudantes do Ensino Superior

Tendo em conta o exposto anteriormente, a realização de intervenções para a promoção de saúde mental de estudantes do ensino superior é fundamental, bem como compreender como essas intervenções são implementadas e avaliadas. São inúmeras as possibilidades de programas neste sentido.

Estudos sugerem que intervenções com grupos assentes na Terapia de Aceitação e Compromisso podem ser interessantes para diminuição de diferentes sintomas ligados à ansiedade social e melhoria de desempenho (Toghiani et al., 2019), melhoria em experiências de bem-estar, estudo organizado, gestão do tempo e flexibilidade psicológica e diminuição de experiências de mal-estar e estresse (Katajavuori et al., 2021) ou melhorias na saúde mental geral e sintomas emocionais negativos (Christodoulou et al., 2021), apontando a eficácia desta metodologia, seja com intervenções com uma ou várias sessões.

Outros estudos indicam eficácia de treino de competências com base na Terapia Comportamental Dialética (DBT) para desregulação emocional com estudantes do ensino

superior, indicando melhorias de medidas de regulação emocional, afeto e uso de competências (Rizvi & Steffel, 2014). Há, entretanto, outros estudos que apontam resultados de treino de competências DBT com estudantes do ensino superior. Muhomba et al. (2017) realizaram uma intervenção com grupos de estudantes com diferentes diagnósticos, focada na aprendizagem da atenção plena e competências de tolerância ao mal-estar, durante 7 e 10 semanas, e os resultados demonstraram melhorias significativas na regulação emocional e *coping* funcional e disfuncional.

Meaney e Hasking (2013) realizaram um estudo com estudantes com perturbação de personalidade borderline, abordando competências associadas ao DBT e tiveram resultados significativos para redução de depressão e traços borderlines – como automutilação ou tentativa de suicídio – e aumento do coping adaptativo na resolução de problemas. Beanlands et al. (2019), num estudo com intervenção, com estudantes do último ano do curso de enfermagem, com treino de competências com base na DBT, obteve resultados com reduções significativas do stresse e melhorias no bem-estar, fornecendo habilidades relevantes para o autocuidado dos estudantes, nos vários âmbitos da vida. Estudo realizado com estudantes que apresentavam perturbação de hiperatividade e déficit de atenção demonstraram, a partir de intervenção com treinamento de competências da DBT, diminuição dos sintomas referentes à psicopatologia e melhorias em qualidade de vida (Fleming et al., 2015).

Vários autores apontam para a importância da implementação de intervenções em saúde mental, nos estudantes do ensino superior, direcionadas para o desenvolvimento de competências de gestão de stresse, com base em terapia cognitivo-comportamental. Um estudo de Franzoi et al. (2022), cujo objetivo foi avaliar a eficácia de intervenções destinadas a reduzir o stresse em estudantes do ensino superior, concluiu que, entre outras, as intervenções cognitivo-comportamentais – que recorrem a recursos de exercícios de respiração e relaxamento muscular, e estratégias de compreensão de como funciona o stresse e como é possível lidar com ele – têm efeitos positivos para a saúde mental de estudantes do ensino superior.

Terp et al. (2017) realizaram uma intervenção com estudantes, a fim de desenvolver a competência de gestão de stresse, tendo como base a terapia cognitivo-comportamental, através do aumento da consciência e conhecimento dos participantes sobre o stresse e formas de lidar com este. Concluíram que a percepção sobre a competência de gestão de stresse dos estudantes aumentou significativamente com a intervenção, e mesmo um ano após a conclusão desta.

Reiss et al. (2018), num estudo com estudantes com ansiedade a exames, avaliando, entre outras coisas, a eficácia de uma intervenção em grupo com exercícios cognitivos e comportamentais e técnicas de relaxamento, apontaram resultados significativos para redução do estado de ansiedade.

Outras intervenções para promoção de cuidado em saúde para esta população também foram encontradas, como “rodas de terapias comunitárias” (Nunes et al., 2015; Moura et al., 2018), uso de práticas meditativas (Fernández et al., 2019) e promoção de maior apoio social (Mattanah et al., 2010).

Souza et al. (2021), num estudo de revisão sobre intervenções grupais com estudantes do ensino superior, concluíram que, apesar da grande diversidade de metodologias, os estudos indicam, de forma geral, eficácia e efetividade da intervenção com grupos no cuidado em saúde mental de estudantes do ensino superior.

3. Objetivos

O objetivo geral do presente estudo é elaborar, implementar e avaliar a eficácia de um programa de promoção de saúde mental, com foco no desenvolvimento de competências, em estudantes do ensino superior.

O estudo teve como objetivos específicos:

- Caracterizar perfil sociodemográfico, dificuldades de regulação emocional e estados emocionais negativos num grupo de estudantes da ESTeSC-IPC.
- Proporcionar o desenvolvimento de competências de gestão do stresse, de tolerância à frustração e de regulação emocional nos participantes.
- Estudar a relação entre dificuldades de regulação emocional e os estados emocionais negativos entre os participantes.
- Avaliar o impacto da intervenção nas dificuldades de regulação emocional e nos estados emocionais negativos dos participantes.

4. Material e Métodos

4.1 Tipo de Estudo

O estudo decorrido foi de tipo *pretest posttest design*, em que houve avaliação inicial, seguida de intervenção e avaliação final. Ambas as avaliações foram realizadas com instrumentos validados. Acresce que na avaliação final se recorreu, também, a uma entrevista semiestruturada. Desta forma, no estudo realizado utilizou-se uma metodologia mista, com recurso a métodos quantitativos e qualitativos, já que envolveu a aplicação de questionários de autorresposta e realização de entrevista.

4.2 Procedimentos

4.2.1 Participantes

Inicialmente, demonstraram interesse, assinaram termo de consentimento e responderam os questionários de avaliação pré-intervenção 20 participantes. Entretanto, no decorrer das etapas da investigação, para agendar os grupos a fim de realizar as sessões, e contando com a frequência aceitável das sessões (80% das sessões) e respostas finais, restaram 9 estudantes participantes do estudo.

A amostra constituiu-se, portanto, como uma amostra não probabilística, por conveniência e não aleatória. Adotou-se como critério de inclusão ser estudante de algum curso de ensino superior da ESTeSC-IPC e como critério de exclusão ser menor de 18 (dezoito) anos.

4.2.2 Questões Éticas

A proposta do estudo de investigação foi submetida à Comissão de Ética do Politécnico de Coimbra (CEIPC), que emitiu parecer favorável a realização deste com o número 86_CEIPC/2022, no dia 27 de abril de 2022 (anexo 1). Após aprovação por esta Comissão, foi solicitada autorização à Presidência da ESTeSC-IPC (anexo 2), para realização das sessões nas dependências da instituição. Todos os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (anexo 3), tendo tido acesso a este e aos demais formulários através da plataforma *Google Forms*. Foi ainda solicitada autorização aos autores dos instrumentos utilizados na investigação, nomeadamente a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS-21) e a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE), conforme consta nos anexos 4 e 5.

4.2.3 Recursos

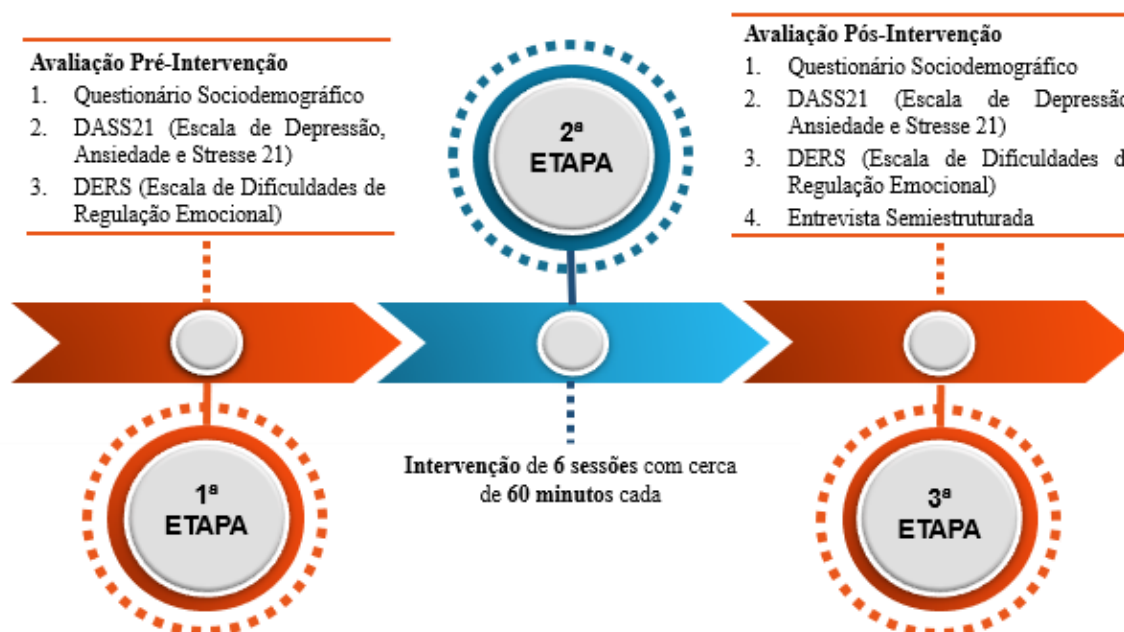
As sessões de intervenção realizaram-se na ESTeSC-IPC , tendo sido utilizadas as salas autorizadas pela direção da Escola, respetivo material (como cadeiras, mesas) e recursos multimédia.

Foi criado um endereço de e-mail (workshopsaudementalaucuidado@gmail.com) e disponibilizado aos participantes de forma a que estes pudessem entrar em contacto e esclarecer suas dúvidas. A divulgação do programa foi realizada através de redes sociais e foi disponibilizado um formulário online para inscrição dos interessados em participar do programa.

4.2.4 Planeamento

O programa decorreu em três etapas, para cada um dos grupos compostos por estudantes do ensino superior elegíveis para participação no estudo, conforme descrito no tópico que foi abordado acerca dos participantes.

Inicialmente, foi articulada com o Projeto de Educação pelos Pares da ESTeSC-IPC a divulgação do programa. Foi divulgado um *link*, em que os estudantes tinham acesso à ficha de inscrição, com descrição básica sobre o programa, o seu objetivo, o termo de consentimento livre e informado e, posteriormente, o Questionário Sociodemográfico e restantes instrumentos, constituindo a primeira etapa do estudo, que se caracteriza pela avaliação pré-intervenção. O fluxograma abaixo (figura 1) mostra esquematicamente como decorreram as etapas do estudo.

Figura 1*Etapas do Estudo*

Fonte: elaboração própria.

Posteriormente, decorreu a segunda etapa, constituída pela realização das sessões, etapa esta que teve duração de três semanas. Na primeira semana, ocorreram 3 (três) sessões; na segunda semana houve uma pausa em virtude da queima das fitas, evento tradicional na vida académica da cidade de Coimbra, em virtude da indisponibilidade das estudantes; e na semana seguinte, ocorreram mais 3 (três) sessões. Cada sessão teve duração de cerca de 60 minutos.

Na terceira etapa do estudo realizou-se uma nova avaliação, com utilização dos mesmos instrumentos utilizados na primeira avaliação, além de uma entrevista semiestruturada a fim de averiguar, de forma qualitativa, o impacto do programa de desenvolvimento de competências implementado. A fim de facilitar a efetivação e tendo em conta a disponibilidade de algumas estudantes, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas nas modalidades online e presencial.

4.3 Avaliação

Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico, Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS-21; Pais-Ribeiro et al., 2004), Escala de

Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE; Coutinho et al., 2010) e Entrevista Semiestruturada. A seguir, abordaremos mais detalhadamente cada um dos instrumentos.

4.3.1 Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico (anexo 6) foi desenvolvido pela equipa da pesquisa, com o intuito de obter informações básicas dos participantes, nomeadamente idade, género, nacionalidade, estado civil, se tem filhos, religião, grau de instrução, ciclo de estudos, curso e ano, local onde reside e se exerce atividade remunerada no momento.

Esses itens foram identificados como importantes para a caracterização do perfil dos estudantes participantes e para tentar perceber sua relação com outras informações recolhidas durante a investigação.

4.3.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS-21)

O DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) é um instrumento desenvolvido, em 1995, por Lovibond e Lovibond e adaptado, em Portugal, por Pais-Ribeiro et al., em 2004, tendo sido designado por “Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse” (EADS-21). A referida escala avalia sintomas de ansiedade, depressão e stresse nos últimos 7 (sete) dias, medindo e diferenciando-os.

A EADS-21 (conforme consta no anexo 7) é composta por 3 escalas com 7 itens cada, entre 0 (não se aplicou nada a mim) e 3 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes) para cada um dos itens, funcionando como uma escala do tipo *Likert* de 4 pontos. Desta forma, a pontuação para cada uma das escalas pode variar entre 0 e 21. A EADS-21 apresentou boa consistência interna, com valores do alfa de Cronbach de 0,85 para a escala de depressão, 0,74 para a escala de ansiedade e 0,81 para a escala de stresse (Pais-Ribeiro et al., 2004).

4.3.3. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

Inicialmente, desenvolvida por Gratz and Roemer em 2004, a *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) foi adaptada a população portuguesa em 2009, por Coutinho et al. e identificada como “Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)”.

Esta escala de autorrelato avalia as dificuldades na regulação emocional, e é composta por 6 (seis) subescalas, a saber: Estratégias, que se refere ao acesso limitado a estratégias de regulação emocional; Não aceitação, que alude a dificuldades em aceitar as próprias respostas emocionais; Consciência, que se refere a falta de consciência e pouca atenção às respostas emocionais; Impulsos, relacionado a dificuldades de manter controlo do próprio comportamento, frente a vivência de emoções negativas; Objectivos, que diz respeito a dificuldades em realizar ou manter concentração em tarefas direccionadas a objetivos, quando experimenta emoções negativas; Clareza, que avalia as dificuldades para se conhecer e ter clareza das próprias emoções. Cada uma delas descreve, portanto, um grupo de dificuldades específicas em relação à regulação emocional (Coutinho et al., 2010).

A escala (conforme consta no anexo 8) é composta por 36 itens, que devem ser preenchidos de acordo com o que adequa a pessoa a partir de uma escala *likert* de 5 pontos, em que 1 (quase nunca se aplica a mim), 2 (aplica-se a mim poucas vezes), 3 (aplica-se a mim cerca de metade das vezes), 4 (aplica-se a mim muitas vezes) ou 5 (aplica-se quase sempre a mim). Esta escala apresentou elevada de consistência interna ($\alpha = 0,93$) e boa fidelidade teste-reteste ($r_s = 0,88$) e com adequada validade preditiva e de constructo (Gratz & Roemer, 2004). A versão portuguesa apresentou estrutura factorial similar à versão original, alta consistência interna ($\alpha = 0,93$), constituindo-se, portanto, como um instrumento importante, válido e confiável para ser utilizado.

4.3.4 Entrevista Semiestruturada

Na terceira fase do estudo, durante a avaliação final, realizou-se uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de averiguar, de forma qualitativa, os impactos da intervenção para os participantes, proporcionando um momento em que fosse possível que se expressassem sobre vários aspetos, inclusive os não abordados diretamente pelos instrumentos utilizados anteriormente.

A entrevista (anexo 9) foi composta por 6 perguntas, em que a primeira foi objetiva, indagando se o participante acreditava que a intervenção teria contribuído para desenvolver a sua capacidade de cuidar da sua saúde mental. As demais foram de resposta mais subjetiva. As perguntas 2, 3 e 4 indagavam acerca de que forma a participação intervenção contribuiu para o desenvolvimento de cada uma das competências trabalhadas, nomeadamente a gestão de stress, a regulação emocional e a tolerância à frustração. As perguntas 5 e 6 referiam-se à

intervenção propriamente dita, questionando acerca de os aspetos/atividades que o participante considerou terem sido mais relevantes durante as sessões e a solicitação de sugestões para futuras intervenções semelhantes.

4.4 Descrição das Atividades de Educação para a Saúde realizadas

O programa de intervenção foi composto por 6 sessões, cada uma delas com cerca de 60 (sessenta) minutos. As sessões decorreram em número de 3 por semana, de acordo com a disponibilidade dos participantes dos grupos. O programa de intervenção foi nomeado de “Ciclo de Workshops em Saúde Mental e Autocuidado” e as sessões tiveram componentes teóricos e práticos. As temáticas das sessões abordaram as competências definidas para serem trabalhadas com os estudantes, nomeadamente: gestão de stresse, regulação emocional e tolerância à frustração, de acordo com a tabela abaixo. Todas as sessões foram planeadas e dinamizadas pela investigadora.

Tabela 1

Temáticas abordadas em cada sessão

Sessão	Temática Abordada
1 ^a	Sessão de Apresentação e Treino de Gestão do Stresse
2 ^a	Treino de Competências de Gestão do Stresse
3 ^a	Treino de Competências de Regulação Emocional
4 ^a	Treino de Competências de Regulação Emocional
5 ^a	Treino de Competências de Tolerância à Frustração
6 ^a	Treino de Competências de Tolerância à Frustração e Sessão de Finalização

Fonte: elaboração própria

Na primeira sessão, foram realizadas as apresentações dos participantes e da investigadora, do projeto, seus objetivos e as sessões, temas e calendarização, foram também realizados acordos de convivência para as sessões. Após este momento inicial, foi abordado o conceito de stresse, sua função, efeitos e formas de lidar com seus diferentes tipos, trazendo essas questões de forma contextualizada à rotina dos estudantes, de forma a proporcionar a participação destas através de perguntas, experiências e partilhas sobre a temática.

Na segunda sessão, foi continuado o trabalho no desenvolvimento de competências de gestão de stresse, foi abordado acerca dos vários aspetos relacionados a gestão do stresse e maneiras de lidar com este no contexto do ensino superior. Em seguida, foi realizada uma prática de relaxamento, focada em técnicas de respiração, e posteriormente as estudantes relataram os efeitos sentidos e dificuldades apresentadas. Foi sinalizado que tipos de alterações poderiam ser feitas na prática e como poderiam aplicá-la em seu cotidiano.

Nas sessões 3 e 4, foram abordadas competências de regulação emocional, mais especificamente com objetivos de que aprendessem a identificar, compreender e nomear as emoções, diminuir a frequência de emoções indesejadas, diminuir a vulnerabilidade emocional e diminuir o sofrimento emocional. Em cada um desses tópicos, foram versadas questões teóricas, de compreensão das questões e também de componentes práticas, com estratégias cognitivas e experienciais desenvolvidas e aperfeiçoadas durante a sessão. Nesta proposta, foi trabalhada relação entre emoções, pensamentos e ações, características de cada emoção, e estratégia da ação oposta. Além disso, foi solicitado que os estudantes tentassem replicar as práticas durante a semana e partilhassem a experiência durante os encontros.

Nas sessões 5 e 6, foram abordadas competências de tolerância à frustração, com recursos a várias estratégias que poderiam ser utilizadas para lidar com situações de frustração quando ocorressem, quer recorressem aos cinco sentidos, alteração da fisiologia corporal ou estratégias cognitivas, por exemplo a técnica STOP e o acalmar-se com os cinco sentidos. Foi discutido também acerca dos contextos específicos em que utilizar essas estratégias. Ao fim da última sessão, foi realizado um momento de partilha da experiência vivenciada durante toda a intervenção.

4.5 Análise dos Dados

Para a análise estatística dos dados, utilizou-se o programa *IBM SPSS Statistics 27*. Inicialmente foi realizada a análise descritiva das variáveis, tendo em conta sobretudo as frequências, média e desvio padrão. Foi considerada uma análise estatística não paramétrica, tendo em conta o quantitativo da amostra analisada.

No sentido de fazer comparativos entre mesmas medidas em dois tempos, antes e após as intervenções, também foi realizada análise *Wilcoxon*, a partir da qual foi possível analisar cada um dos dados fornecidos pelas escalas utilizadas em amostras pareadas.

5. Resultados

5.1 Características Gerais da Amostra

Os questionários da primeira avaliação foram respondidos por 20 (vinte) estudantes. Entretanto no decorrer do processo da intervenção – agendamento das sessões, suas realizações, e terceira etapa com segunda avaliação – apenas 9 (nove) estudantes concluíram todos as fases, constituindo esta a amostra final. Importante destacar que todos estes participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e estiveram em, pelo menos, cinco das seis sessões.

Em relação às características sociodemográficas, a amostra foi bastante homogênea, sendo composta por participantes todas do género feminino, solteiras e sem filhos, todas possuíam ainda grau de instrução completo de 12º ano e estavam a cursar licenciatura no momento da pesquisa.

Conforme apresentado na tabela 2, a maioria (77,7%) das estudantes participantes tinham entre 19 e 21 anos, concretizando uma média aproximada de 20 anos de idade (DP = 1,48). Importa destacar que, embora todas as participantes estivessem a cursar licenciatura, os cursos diferiam, estando presentes estudantes dos cursos de Audiologia, Ciências Biomédicas Laboratoriais, Dietética e Nutrição e Fisioterapia, sendo este segundo o de maior participação no estudo (55,6%).

Tabela 2
Características Gerais da Amostra

Género		
Género	Frequência	%
Feminino	9	100
Idade		
Idade	Frequência	%
18	1	11,1
19	4	44,4
20	2	22,2
21	1	11,1
23	1	11,1
Estado Civil		
Estado Civil	Frequência	%
Solteira	9	100
Quantidade de Filhos		
Quantidade de filhos	Frequência	%
0	9	100
Grau de instrução		
Curso	Frequência	%
12º ano	9	100
Ciclo de estudos a cursar		
Curso	Frequência	%
Licenciatura	9	100
Curso		
Curso	Frequência	%
Audiologia	2	22,2
Ciências Biomédicas Laboratoriais	5	55,6
Dietética e Nutrição	1	11,1
Fisioterapia	1	11,1
Ano do curso		
Ano	Frequência	%
1º ano	2	22,2
2º ano	5	55,6
3º ano	2	22,2
Local onde reside, durante o período letivo		
Lugar	Frequência	%
Em casa arrendada	7	77,8
Em casa dos pais	2	22,2

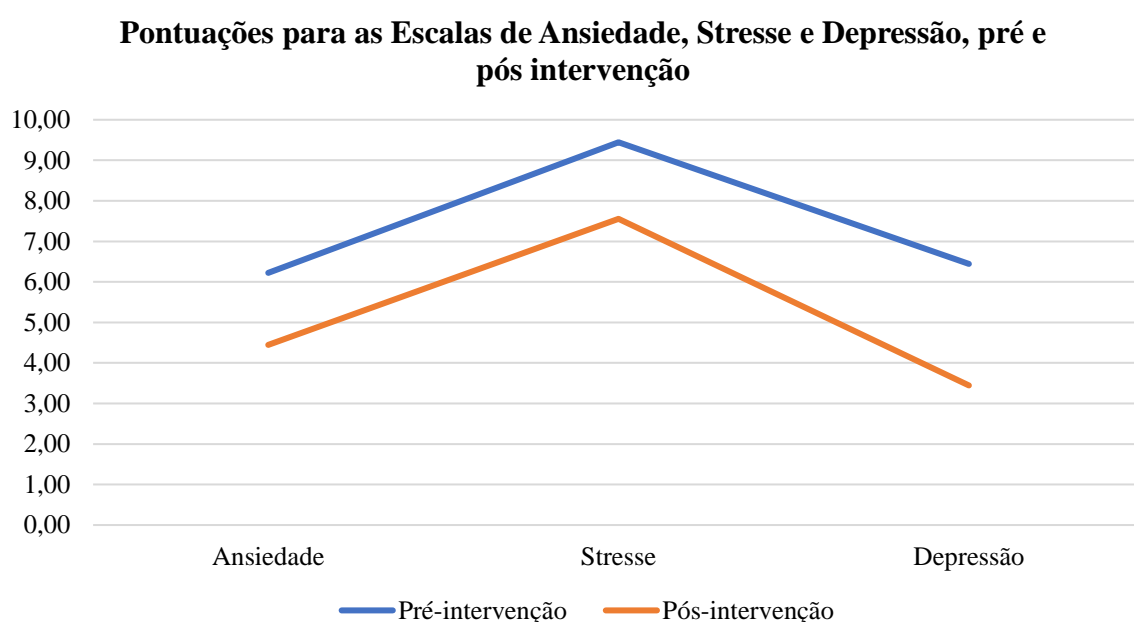
Ademais, a maior parte da amostra (55,6%) também era composta de alunas que estavam no 2º ano de seus cursos, conforme explicitado na tabela 2. Além disso, grande maioria da amostra (77,7%) vivia, durante o período letivo, em casa/quarto arrendado na cidade de Coimbra, e apenas 22,2% vivia em casa dos pais.

5.2 Ansiedade, Depressão e Stresse pré e pós-intervenção

Os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse foram avaliados através do EADS-21, que apresenta estas 3 escalas e cada uma delas possui tem 7 itens. Quanto às pontuações, as três escalas apresentaram médias mais baixas no pós-intervenção, comparativamente ao pré-intervenção, conforme mostra o gráfico abaixo (Figura 2), o que pode sugerir uma diminuição de emoções negativas relacionadas à ansiedade, depressão e stresse, após a intervenção.

Figura 2

Gráfico das Pontuações para as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse



Foi realizado o teste de *Wilcoxon Signed Rank* com o objetivo de verificar se existe diferença significativa entre os resultados das variáveis em duas amostras pareadas, no caso em dois tempos diferentes, desta forma comparou-se as escalas de ansiedade, depressão e stresse entre o pré e o pós-intervenção. Os resultados para os níveis de ansiedade foram tendencialmente significativos ($z = -1,79$; $p = 0,07$; $r = -0,60$), demonstrando que os níveis de ansiedade no pós-intervenção foram menores do que no pré-intervenção (Ver Tabela 3), com tamanho de efeito médio.

Tabela 3*Análise Wilcoxon para Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)*

		N	Posto médio	Soma de Classificações
Ansiedade	Classificações Negativas	5	3,80	19,00
	Classificações Positivas	1	2,00	2,00
	Empates	3		
	Total	9		
Depressão	Classificações Negativas	7	5,71	40,00
	Classificações Positivas	2	2,50	5,00
	Empates	0		
	Total	9		
Stresse	Classificações Negativas	7	4,36	30,50
	Classificações Positivas	1	5,50	5,50
	Empates	1		
	Total	9		
Estatísticas de teste				
	Ansiedade	Depressão	Stresse	
Z	-1,79	-2,07	-1,77	
Significância Sig. (2 extremidades)	,073	,038	,076	

Os níveis de depressão também se apresentaram menores após a intervenção, comparativamente aos níveis pré-intervenção, com resultados significativos e médio tamanho de efeito ($z = -2,07$, $p = 0,03$, $r = -0,69$). Os resultados para os níveis de stresse foram tendencialmente significativos, ($z = -1,77$, $p = 0,07$, $r = -0,59$), demonstrando diminuição nos níveis de stresse ao longo do tempo, com tamanho de efeito médio.

5.3 Dificuldades de Regulação Emocional pré e pós-intervenção

Tendo por base os resultados obtidos na EDRE, a amostra apresentou médias mais baixas na avaliação pós-intervenção, comparativamente à avaliação pré-intervenção, tanto para a escala geral como para cada uma das subescalas, conforme consta na tabela 4. É possível observar, ainda, desvio padrão mais alto para as escalas de “estratégias”, “não aceitação”, “impulsos” e “objetivos”, respectivamente.

Tabela 4

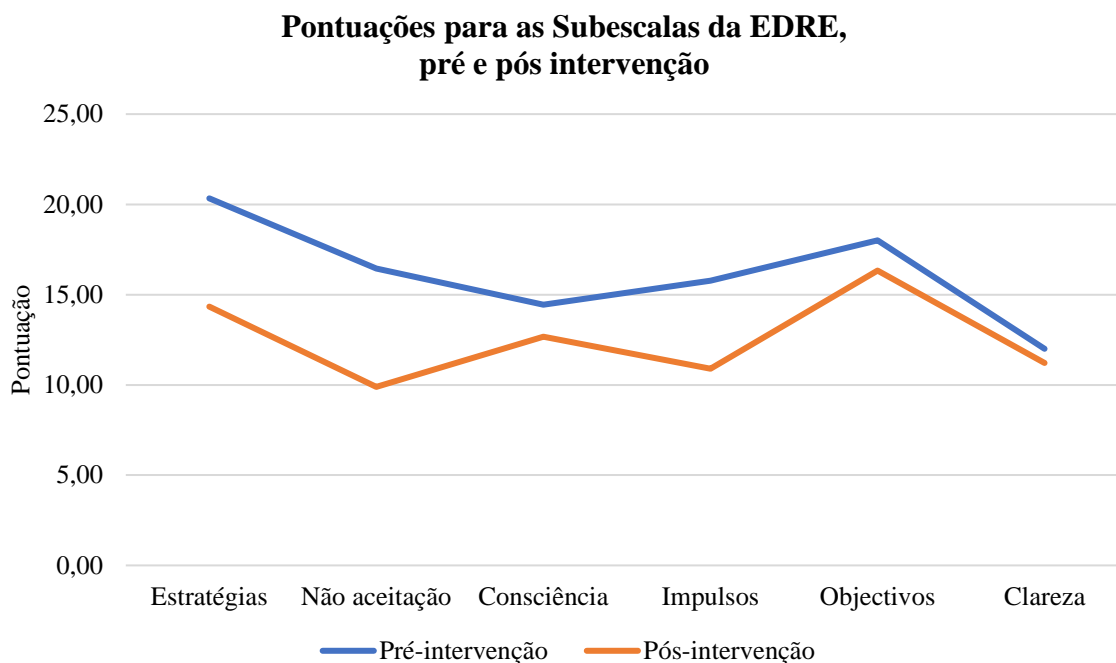
Medidas para Subescalas da EDRE pré e pós-intervenção (Mínimo, Máximo, Média, Desvio Padrão)

Subescala	Pré-Intervenção				Pós-intervenção			
	Mín.	Máx.	M	D.P.	Mín.	Máx.	M	D.P.
Estratégias	8,00	35,00	20,33	7,61	9,00	23,00	14,33	4,63
Não aceitação	9,00	29,00	16,44	7,51	7,00	19,00	9,88	3,82
Consciência	9,00	22,00	14,44	3,43	8,00	25,00	12,66	5,40
Impulsos	7,00	23,00	15,77	5,76	6,00	16,00	10,88	3,25
Objectivos	12,00	24,00	18,00	5,19	7,00	25,00	16,33	5,31
Clareza	7,00	20,00	12,00	4,33	7,00	20,00	11,22	4,38
Total	62,00	124,00	97,00	23,35	56,00	101,00	75,33	16,59

Importa destacar que, para a escala geral, a média da pontuação pré-intervenção foi 97,00 e pós-intervenção foi de 75,33, o que sugere uma diminuição desta. Para as subescalas, como foi relatado, todas indicaram uma diminuição, com destaque para as subescalas de “não aceitação” (que apresentou média de 16,44, antes da intervenção e 9,88 após), “estratégias” (que apresentou 20,33 antes e 14,33 depois) e “impulsos” (antes = 15,77 e depois = 10,88). Desta forma, os resultados obtidos pré e pós intervenção sugerem que as participantes declararam ter menos dificuldades de regulação emocional após a intervenção, com destaque para diminuição mais acentuada nas subescalas de “não aceitação”, seguida de “impulsos” e depois de “estratégias”, conforme se pode visualizar no gráfico seguinte (figura 4).

Figura 4

Gráfico das Pontuações para as Subescalas da EDRE



Foi realizado o teste de *Wilcoxon Signed Rank* com o objetivo de avaliar em que medida os níveis das subescalas da EDRE eram equivalentes entre o pré e o pós-intervenção. Os resultados para os níveis da subescala de “estratégias” foram estatisticamente significativos ($z = -2,31, p = 0,02, r = -0,77$), demonstrando que os níveis para dificuldades quanto às estratégias foram significativamente inferiores no pós-teste, comparativamente ao pré-teste (Ver Tabela 5), com médio tamanho de efeito.

Tabela 5

Análise Wilcoxon para as Subescalas da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

		N	Posto médio	Soma de Classificações			
Estratégias	Classificações Negativas	7	4,93	34,50			
	Classificações Positivas	1	1,50	1,50			
	Empates	1					
	Total	9					
Não aceitação	Classificações Negativas	7	4,57	32,00			
	Classificações Positivas	1	4,00	4,00			
	Empates	1					
	Total	9					
Consciência	Classificações Negativas	6	4,83	29,00			
	Classificações Positivas	2	3,50	7,00			
	Empates	1					
	Total	9					
Impulsos	Classificações Negativas	7	4,79	33,50			
	Classificações Positivas	1	2,50	2,50			
	Empates	1					
	Total	9					
Objectivos	Classificações Negativas	5	5,40	27,00			
	Classificações Positivas	3	3,00	9,00			
	Empates	1					
	Total	9					
Clareza	Classificações Negativas	4	5,50	22,00			
	Classificações Positivas	4	3,50	14,00			
	Empates	1					
	Total	9					
EDRE	Classificações Negativas	8	5,38	43,00			
	Classificações Positivas	1	2,00	2,00			
	Empates	0					
	Total	9					
Estatísticas de teste							
	Estratégias	Não aceitação	Consciência	Impulsos	Objectivos	Clareza	EDRE
Z	-2,31	-1,96	-1,55	-2,17	-1,26	-,56	-2,43
Significância Sig. (2 extremidades)	,021	,050	,121	,030	,205	,574	,015

Para a subescala “não aceitação”, os resultados foram estatisticamente significativos, indicando redução dos níveis de dificuldades de não aceitação, com tamanho de efeito médio ($z = -1,96$, $p = 0,05$, $r = -0,65$). Os resultados para “consciência”, apesar de indicarem uma diminuição, não foram estatisticamente significativos ($z = -1,55$, $p = 0,12$, $r = -0,52$), com médio tamanho de efeito. Os níveis para a subescala de dificuldades quanto aos “impulsos” apresentaram-se menores no pós-intervenção, comparativamente aos níveis pré-intervenção, com resultados estatisticamente significativos e médio tamanho de efeito ($z = -2,17$, $p = 0,03$,

$r = -0,73$). Para as subescalas de “objetivos” e “clareza”, apesar de os resultados terem sugerido também um decréscimo dos níveis ($z = -1,26$ e $z = -0,56$, respectivamente), entretanto, não apresentaram significância estatística (respectivamente, $p = 0,20$ e $p = 0,57$) e os tamanhos de efeito baixos ($r = -0,42$ e $r = -0,19$). O valor da escala geral apresentou decréscimo, com significância estatística ($z = -2,43$, $p = 0,01$, $r = -0,81$) e com alto tamanho de efeito.

5.4 Entrevistas

A avaliação qualitativa, através das entrevistas semiestruturadas, apontou algumas questões acerca da percepção das estudantes sobre a intervenção e o efeito desta. As respostas foram reunidas e agrupadas nas categorias seguintes:

1) *Contribuição da intervenção para capacidade de cuidar da própria saúde mental.*

Todas as estudantes que compuseram a amostra do estudo consideraram que a participação nas sessões que integraram o projeto de intervenção contribuiu, de alguma forma, para desenvolver a sua capacidade de cuidar da sua saúde mental. Com enfoque em diferentes aspetos abordados, ou competências em que ocorreu um maior desenvolvimento ou dificuldades amenizadas no processo de regulação emocional, ou em lidar com a vida, mas todas consideraram que foram beneficiadas com a intervenção, com uma melhoria na capacidade de cuidar de sua própria saúde mental. Por exemplo, “De certeza que a participação nas sessões ajudou-me a aprender a cuidar da saúde mental” (sic), “O programa contribuiu muito com a minha capacidade de autocuidado” (sic).

2) *Desenvolvimento de competências de gestão de stresse, regulação emocional e tolerância à frustração.*

Quando indagadas sobre o efeito do programa para o desenvolvimento de cada uma das competências abordadas, a maioria das estudantes referiu sentir um aumento das suas competências em gestão de stresse, regulação emocional e tolerância à frustração, citando situações específicas que vivenciaram, e que perceberam que estavam a utilizar cada uma das competências, através das estratégias aprendidas, por exemplo, em conflitos com amigos ou com um dos pais, ou quando precisaram lidar com situações académicas: “Quando estava a estudar para um exame, antes ocorreram situações de muita frustração e que não conseguia mais concentrar-me. Agora, consigo parar, fazer uma das estratégias que aprendemos e consigo acalmar-me e voltar a concentrar” (sic) ou “Às vezes, é muito

difícil lidar com os conflitos com a minha mãe, não percebo o motivo ainda. Entretanto, agora consigo não piorar a confusão, pois estou a praticar algumas técnicas de respiração” (sic) ou “Em um momento mais frustrante, consigo parar, chorar, olhar diferente, usar ferramentas que aprendemos” (sic).

- 3) *Maior atenção aos aspetos emocionais na rotina.* Muitas das estudantes relataram, ainda, que um dos aspetos mais significativos que perceberam em si próprias foi uma maior atenção às emoções e aos seus comportamentos em relação a estas. Referiram que sentiram que ter falado sobre o assunto e aprendido estratégias para lidar influenciou que estivessem mais atentas para estes processos, nas suas rotinas e nas relações sociais. Por exemplo, “Agora sinto que consigo parar mais e avaliar melhor as circunstâncias que acontecem” (sic), “Com a partilha de emoções das colegas nas sessões, vejo que na rotina percebo mais minhas próprias emoções” (sic) ou “Depois das sessões, vejo que estou a parar e perceber o que estou a sentir e fazer” (sic).
- 4) *Maior aceitação das emoções e utilização de estratégias para lidar com estas e com situações de stresse.* Muitas estudantes referiram que a maior facilidade para estar atenta às emoções ajudava-as a evitar ignorar as emoções ou a não as aceitar, mas sim, procurando encarar as emoções, aceitá-las, buscar compreendê-las e encontrar meios para lidar com elas – inclusive houve relatos de estratégias que foram trabalhadas durante as sessões sendo utilizadas na rotina, bem como com as situações que produziam stresse a elas próprias. Por exemplo, “Já não luto contra as emoções que vêm, busco ter atenção ao que estou a sentir” (sic) ou “Gostei de tudo o que foi abordado, havia coisas que realmente não sabia, sobre a importância das emoções e a relação com pensamentos e factos, técnicas de respiração e em que momentos se deve utilizar; mesmo o que eu já sabia, gostei de ter sido abordado porque trouxe a percepção de o saber” (sic).
- 5) *Importância da integração das sessões a componentes práticos.* Muitas das participantes relataram que as principais características para que as sessões inspirassem interesse e as ajudassem a desenvolver as competências foram: a) os aspetos práticos das sessões: o facto de terem havido atividades práticas, bem como os exemplos adaptados ao seu cotidiano, em particular; b) a linguagem acessível utilizada pela investigadora: a comunicação através uma linguagem acessível e pertinente para as estudantes, não utilizando excessivamente expressões técnicas. Por exemplo, “Nunca havia conseguido praticar exercícios de respiração como o

que fizemos, mesmo em outras sessões semelhantes, mas desta vez quando partilhei sobre a experiência, fui orientada a como fazer de forma mais eficaz e enfim funcionou bem, senti a mudança” (sic), “Um ponto forte do programa foi ser presencial, para termos aquele tempo para nós” (sic) ou “O aspeto de partilha das emoções e ideias das participantes, o facto de podermos conversar e ter aspetos mais práticos e a contextualização do uso das ferramentas aprendidas” ou “Foram mesmo momentos muito ricos de partilha e de diálogo com técnicas apresentadas numa linguagem fácil, de fácil compreensão” (sic).

6. Discussão

Os resultados sugeriram que houve diminuição dos níveis de “ansiedade” ($p = 0,07$; $r = -0,60$), “depressão” ($p = 0,03$, $r = -0,69$) e “stress” ($p = 0,07$, $r = -0,59$), após a intervenção. Houve, ainda, diminuição das dificuldades de regulação emocional para as participantes ($p = 0,01$, $r = -0,81$), notadamente de dificuldades quanto a “estratégias” ($z = -2,31$, $p = 0,02$, $r = -0,77$), “impulsos” ($z = -2,17$, $p = 0,03$, $r = -0,73$) e “não aceitação” ($z = -1,96$, $p = 0,05$, $r = -0,65$). Para as subescalas de “consciência”, “objectivos” e “clareza”, apesar de os resultados terem demonstrado diminuição dos níveis, mas não houve significância estatística.

Houve, inicialmente, interesse significativo ao programa; apesar disto, percebeu-se dificuldades de adesão de estudantes a todo o programa. Um ponto importante, talvez, a considerar nesta questão seja a alta carga horária das unidades curriculares, alta demanda de trabalhos e dificuldade em aderir a uma nova atividade, para além das atividades curriculares, conforme apontado pelas participantes ao longo do programa e nas entrevistas, além da dificuldade em conciliar os horários dos estudantes de diferentes cursos e anos. A quantidade de sessões também pode ter sido um fator desafiador para maior adesão, já que algumas estudantes relataram na entrevista que foi difícil conseguir disponibilidade de tempo para todas as sessões. Outro fator que pode ter contribuído para a baixa amostra pode ter sido que a intervenção era presencial, e na altura em que ocorreu, muitas atividades ainda estavam a ser realizadas de forma remota. Algumas estudantes relataram, no início, maior conforto nas atividades no formato online, entretanto na entrevista final, um dos elementos referidos pelas participantes foi sobre a potencialidade dos encontros presenciais, que sentiam-se bem em compartilhar suas questões e dúvidas e ter este espaço de partilha e presença seria benéfico para vosso bem-estar psicológico.

Verificou-se que as participantes foram 100% do género feminino. Percebe-se que os homens procuram menos auxílio em saúde (Wang et al., 2007; Addis & Mahalik, 2003), isto pode ter contribuído para a maior participação feminina no estudo. Entretanto, não significa que as pessoas do género masculino não tenham a sua saúde mental afetada, vide taxas de suicídio entre os homens duas vezes maior que para mulheres, no mundo (WHO, 2022).

A média de idade das participantes no presente estudo foi 19,78 (com DP = 1,48), ou seja 77,7% das estudantes participantes tinham entre 19 e 21 anos, além disso a maioria das estudantes cursava 1º e 2º anos do curso. Isso reflete a realidade do ensino superior português, em que mais de 90% dos estudantes tem até 21 anos de idade à entrada no curso superior (M = 19,8, DP = 4,4), segundo dados para o ano de 2020/2021 (CIES-ISCTE, 2021).

Verificou-se que 77,8% das estudantes morava em casa arrendada (sozinha, com colegas ou em residência estudantil) e 22,2% em casa dos pais. Isso vai de encontro aos dados do país, em que refere que 53,3% dos estudantes de ensino superior vivem com os pais, 6,7% em residência com estudantes, com outros, 21,5% e com companheiro(a) e/ou filhos, 12,6%, sozinho, 6,7%. Entretanto, nesta estatística estão inclusos muitos estudantes de outros ciclos de estudos, que não o de licenciatura, o que provavelmente é fator que também faz com que muitos estudantes tenham faixa etária acima de 21 anos, diferente do presente estudo. Além disso, os dados incluem informações sobre estudantes de Lisboa, cidade onde percebe-se a maior proporção de estudantes a residir com os pais (61,2%) (CIES-ISCTE, 2021).

No que diz respeito ao impacto da intervenção, os resultados indicam uma diminuição de emoções negativas relacionadas com a ansiedade (tendencialmente significativo e tamanho de efeito médio), depressão (significativo e tamanho de efeito médio) e stresse (tendencialmente significativo e tamanho de efeito médio), o que vai ao encontro de outros estudos que implementaram programas para o desenvolvimento de competências de regulação emocional, que tiveram como resultados a redução dos níveis de stresse e depressão (Valencia & Sinambela, 2022) ou diminuição de emoções negativas associadas a ansiedade, depressão e stresse (Hasking et al., 2023) ou redução de ansiedade e stresse (Gulec, 2023).

Alguns estudos com estudantes, em que implementaram intervenção integrativa de TCC/REBT, em que um dos aspetos trabalhados foi a tolerância à frustração tiveram como resultados a diminuição de sintomas de ansiedade e das emoções negativas (Popa & Predatu, 2019). Um programa de psicoeducação passiva de sete semanas que visava o desenvolvimento da gestão de stresse, com estudantes do ensino superior conduziu a uma resposta de melhora

significativa de regulação emocional, sobretudo em estratégias de “reavaliação” e a uma redução significativa no estilo de *coping* disfuncional de “ruminação relacionada com os sintomas” em comparação com um grupo controle, no entanto, não mostrou eficácia na redução da ansiedade, depressão e stresse. Destaca-se que o tipo de participação dos estudantes foi classificada pelos autores como passiva (Weiss et al., 2024).

Amanvermez et al. (2022), entre outros estudos (Karyotaki et al., 2021; Domhardt et al., 2018; Baumeister et al., 2014), apontaram, também, para uma superioridade das intervenções guiadas, comparativamente com as autoguiadas, na melhoria de sintomas psicológicos comuns, como sintomas depressivos e ansiosos. Destaca-se alguns aspetos, no presente estudo, que poderão ter contribuído para os resultados obtidos: as sessões terem sido realizadas em grupo, o que permitiu o desenvolvimento de uma relação de apoio entre os participantes, as práticas terem sido guiadas e a participação ativa dos estudantes ao longo das sessões. A existência de processos reflexivos e de *feedback* durante a intervenção e sua repercussão na vida cotidiana são importantes e a sua falta pode limitar os efeitos das intervenções autoguiadas (Conley et al., 2016; Amanvermez et al., 2022).

Os resultados do presente estudo apontaram, ainda, para a diminuição das dificuldades de regulação emocional, de uma forma geral, resultados estes similares aos identificados por outros estudos cujo foco foi o desenvolvimento de competências de gestão de stresse (Weiss et al., 2024), bem como estudos que visavam o desenvolvimento de competências de regulação emocional (Gulec, 2023; Hasking et al., 2023). Talvez um aspeto importante para os resultados encontrados é que no presente estudo, as sessões envolveram práticas supervisionadas, assim como em outros estudos que mostraram vantagens de intervenções como estas (Conley et al., 2015; Martineau et al., 2017). Ainda sobre este aspeto, as participantes do presente estudo referiram, durante as entrevistas, perceber que conseguiram desenvolver as competências de regulação emocional e ressaltaram – conforme descrito no ponto 5 acerca das entrevistas – a importância do acompanhamento da mediadora e dos aspetos práticos como componentes das sessões.

7. Conclusão

O presente estudo apresentou e atingiu seu objetivo geral de elaborar, implementar e avaliar a eficácia de um programa de promoção de saúde mental, com foco no desenvolvimento de competências, voltado para estudantes do ensino superior.

Foi realizada a implementação da intervenção de forma presencial com 9 participantes, durante 6 sessões. As participantes estiveram presentes e envolvidas no desenvolvimento das atividades ao longo da intervenção. Os resultados quantitativos foram avaliados antes e após a intervenção, e apontaram para sua eficácia para diminuição de emoções negativas relacionadas com a ansiedade, a depressão e o stresse, com significância apontada para a redução dos níveis de estados negativos associados à depressão e tendencialmente significativos para a ansiedade e o stresse. Verificou-se, ainda, uma diminuição da escala geral de dificuldades de regulação emocional, e de subescalas, com destaque para a escala de “não aceitação”, “estratégias” e “impulsos”. As participantes referiram ainda perceber melhora no desenvolvimento de suas competências de gestão de stresse, regulação emocional e tolerância à frustração.

A principal limitação do presente trabalho foi a pequena amostra, o que pode ter restringido as possibilidades de análise e até a implementação da intervenção. Como referido, isto provavelmente deveu-se sobretudo a indisponibilidade de horários comuns entre os estudantes que demonstraram interesse em participar do programa desde o início de sua divulgação. Outras limitações que podem ser consideradas são a ausência de grupo-controle, o que pode ter limitado as possibilidades de análise dos dados obtidos e a comparação com um grupo que teria participado do programa.

Os resultados apontam para a importância de promover intervenções que possam proporcionar o desenvolvimento de competências de regulação emocional e gestão de stresse para estudantes do ensino superior, assim como demarcaram outros autores (Van Doren et al., 2020). Uma sugestão para estudos futuros talvez fosse ampliar pesquisas no âmbito do especificamente do stresse académico e as exigências a que os estudantes de cursos da área saúde estão submetidos no seu processo de formação, como também apontou (de la Fuente et al., 2020), de modo que possam os currículos ser repensados. Desta forma, introduzir o desenvolvimento dessas competências ao longo do processo de formação do estudante sem, no entanto, sobrecarregá-lo. Outra sugestão seria realizar um estudo com uma amostra maior, avaliar as relações entre as subescalas dos instrumentos utilizados e identificar eventuais fatores que influenciassem as variáveis estudadas, como por exemplo, a personalidade. Tendo em conta as exigências da organização da intervenção e de análise de dados, outra sugestão para estudos futuros é que sejam aplicados com uma equipa de investigação mais alargada.

Em síntese, os resultados sugerem que os estudantes após a intervenção implementada apresentavam uma melhor saúde mental, mais estratégias de regulação emocional e uma maior capacidade de autocuidado. Destarte, faz-se ainda necessária mais vasta investigação, no que diz respeito à ansiedade em contexto acadêmico e ao desenvolvimento de intervenções no âmbito da saúde mental, com estudantes do ensino superior, dada a importância da temática. Este estudo pode contribuir para futuras investigações sobre a temática e, espera-se, que seja replicado de modo a contribuir para a saúde mental dos estudantes do ensino superior.

8. Referências Bibliográficas

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, *58*(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Alma-Ata, Declaração de. (1978) Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde *In* Ministério da Saúde (BR). USSR: Ministério da Saúde.
- Amanvermez, Y., Zhao, R., Cuijpers, P., de Wit, L. M., Ebert, D. D., Kessler, R. C., Bruffaerts, R., & Karyotaki, E. (2022). Effects of self-guided stress management interventions in college students: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*, *28*. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100503>
- Amaral, A. P. (2008). *A Importância da Vulnerabilidade ao Stress no Desencadear de Doença Física e Mental perante Circunstâncias de Vida Adversas*. Universidade de Coimbra.
- Amaral, A. P. (2022). *Stresse e Saúde - Contextualização teórica e intervenção em Educação para a Saúde*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.
- Atlas, R. M. (2012). One Health: Its Origins and Future. In *Current Topics in Microbiology and Immunology* (Vol. 37, pp. 1–13). https://doi.org/10.1007/82_2012_223
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-De-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., ... Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *46*(14), 2955–2970. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>
- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P. W., Thomas, S., & Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1271–1287. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.002>
- Balkis, M., & Duru, E. (2017). Gender Differences in the Relationship between Academic Procrastination, Satisfaction with Academic Life and Academic Performance. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, *15*(1), 105–125. <https://doi.org/10.14204/ejrep.41.16042>
- Barros, G. M. M. de, Valério, F. C. E. P., Silva, M. H. F. D. da, Pecorelli, D. G., Porto, V. U. da N., & Silva, L. de A. (2021). Os impactos da Pandemia do COVID-19 na saúde mental dos estudantes. *Research, Society and Development*, *10*(9), e47210918307. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18307>
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions — A systematic review. *Internet Interventions*, *1*, 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
- Beanlands, H., McCay, E., Fredericks, S., Newman, K., Rose, D., Santa Mina, E., Schindel Martin, L., Schwind, J., Sidani, S., Aiello, A., & Wang, A. (2019). Decreasing stress and supporting emotional well-being among senior nursing students: A pilot test of an evidence-based intervention. *Nurse Education Today*, *76*, 222–227. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.02.009>
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S.-M., & Olfson, M. (2008). Mental Health of College Students and Their Non-College-Attending Peers.

- Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1429>
- Buschmann, T., Horn, R. A., Blankenship, V. R., Garcia, Y. E., & Bohan, K. B. (2018). The Relationship Between Automatic Thoughts and Irrational Beliefs Predicting Anxiety and Depression. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 36(2), 137–162. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0278-y>
- Buss, P.M. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p.163-177.
- Carvalho, E. A. De, Bertolini, S. M. M. G., Milani, R. G., & Martins, M. C. (2015). Índice de Ansiedade em Universitários Ingressantes e Concluintes de uma Instituição de Ensino Superior. *Cienc Cuid Saude*, 14(3), 1290–1298.
<https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i3.23594>
- Chacón-Cuberos, R., Olmedo-Moreno, E. M., Lara-Sánchez, A. J., Zurita-Ortega, F., & Castro-Sánchez, M. (2019). Basic psychological needs, emotional regulation and academic stress in university students: a structural model according to branch of knowledge. *Studies in Higher Education*.
<https://doi.org/10.1080/03075079.2019.1686610>
- Chan, H. W. Q., & Sun, C. F. R. (2021). Irrational beliefs, depression, anxiety, and stress among university students in Hong Kong. *Journal of American College Health*, 69(8), 827–841. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1710516>
- Chang, E. C., & D’Zurilla, T. J. (1996). Irrational beliefs as predictors of anxiety and depression in a college population. *Personality and Individual Differences*, 20(2), 215–219. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00166-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00166-2)
- Chen, T., & Lucock, M. (2022). *The mental health of university students during the COVID-19 pandemic : An online survey in the UK*. 1–17.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262562>
- Chi, Z., Qian, L., Haihua, L., & Nuoxun, L. (2021). The Impact of Chinese College Students’ Perceived Stress on Anxiety During the COVID-19 Epidemic: The Mediating Role of Irrational Beliefs. *Frontiers in Psychiatry*, 12(September), 1–6.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.731874>
- Christodoulou, V., Flaxman, P. E., & Lloyd, J. (2021). Acceptance and Commitment Therapy in Group Format for College Students. *Journal of College Counseling*, 24(3), 210–223.
<https://doi.org/10.1002/jocc.12192>
- CIES-ISCTE. (2021). *Inquérito às Condições Socioeconómicas dos Estudantes do Ensino Superior em Portugal, 2020 - Relatório Final*.
- Cobián Mena, D. C. A. E., Lambert Delgado, D. A. R., Torres Leyva, D. M., Santacruz Pacheco, D. I. A. C., & Del Valle Díaz, D. S. (2020). Intervención psicoterapéutica breve en estudiantes caribeños de Medicina con reacciones psicológicas por impacto ante la COVID-19. *Medisan*, 24(5), 1–13. <https://orcid.org/0000-0001-7729-9715>
- Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2015). A Meta-analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students. *Prevention Science*, 16(4), 487–507. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0543-1>
- Conley, C. S., Durlak, J. A., Shapiro, J. B., Kirsch, A. C., & Zahniser, E. (2016). A Meta-

- Analysis of the Impact of Universal and Indicated Preventive Technology-Delivered Interventions for Higher Education Students. *Prevention Science*, 17, 659–678. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0662-3>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com Sintomas Psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145–151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Davidson, R. (1998). Anterior electrophysiological asymmetries, emotion, and depression: Conceptual and methodological conundrums. *Psychophysiology*, 35, 607–614. <https://doi.org/10.1017/S0048577298000134>
- de la Fuente, J., Peralta-Sánchez, F. J., Martínez-Vicente, J. M., Sander, P., Garzón-Umerenkova, A., & Zapata, L. (2020). Effects of Self-Regulation vs. External Regulation on the Factors and Symptoms of Academic Stress in Undergraduate Students. *Frontiers in Psychology*, 11(August), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01773>
- DGE, D. G. de E.-. (2014). Programa de apoio à promoção e educação para a saúde.
- Domhardt, M., Geßlein, H., von Rezori, R. E., & Baumeister, H. (2018). Internet- and mobile-based interventions for anxiety disorders: A meta-analytic review of intervention components. *Depression and Anxiety*, 36(3), 213–224. <https://doi.org/10.1002/da.22860>
- Duffing, T. M., Greiner, S. G., Mathias, C. W., & Dougherty, D. M. (2014). Stress, Substance Abuse, and Addiction. In *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, v.18. https://doi.org/10.1007/7854_2014_276
- Fernandes, C. S. (2020). *Personalidade e Estados Emocionais em Estudantes do Ensino Superior: a sua relação com a qualidade do sono*. ISMT - Instituto Superior Miguel Torga.
- Fernández, K., Kühn, J., López, C., Moraga, M., Ortega, P., & Morrison, R. (2019). Meditación: análisis crítico de la experiencia de jóvenes universitarios en su vida cotidiana y salud. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(4), 765–775. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1674>
- Firer, E., Slakmon, B., Dishon, G., & Schwarz, B. B. (2021). Quality of dialogue and emotion regulation in contentious discussions in higher education. *Learning, Culture and Social Interaction*, 30, 100535. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2021.100535>
- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P., & Dreessen, A. (2015). Pilot Randomized Controlled Trial of Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for ADHD Among College Students. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 260–271. <https://doi.org/10.1177/1087054714535951>
- Francis, J. L., Moitra, E., Dyck, I., & Keller, M. B. (2012). The Impact of Stressful Life Events on Relapse of Generalized Anxiety Disorder. *Depression and Anxiety*, 29, 386–391. <https://doi.org/10.1002/da.20919>
- Franzoi, IG, Sauta, MD, Barbagli, F., Avalle, C., & Granieri, A. (2022). Intervenções

- psicológicas para estudantes do ensino superior na Europa: uma revisão sistemática da literatura. *Juventude*, 2 (3), 236-257.
- Graner, K. M., & Cerqueira, A. T. de A. R. (2019). Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1327–1346. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An Experimental Investigation of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850–855. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850>
- Gratz, K. L., Weiss, N. H., McDermott, M. J., Dilillo, D., Messman-Moore, T., & Tull, M. T. (2016). Emotion Dysregulation Mediates the Relation Between Borderline Personality Disorder Symptoms and Later Physical Health Symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 30, 1–16. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_252
- Gross, J., Heppes, G., & Urry, H. (2011). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition & Emotion*, 25(5), 765–781. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.555753>
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*.
- Gruber, J. (2011). Can Feeling Too Good Be Bad? Positive Emotion Persistence (PEP) in Bipolar Disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 217–221. <https://doi.org/10.1177/0963721411414632>
- Grunschel, C., Schwinger, M., Steinmayr, R., & Fries, S. (2016). Effects of using motivational regulation strategies on students' academic procrastination, academic performance, and well-being. *Learning and Individual Differences*, 49, 162–170. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.06.008>
- Gulec, H. (2023). Implementation and Evaluation of Course-based Training for Dialectical Behavior Therapy Skills in a Turkish University. *Journal of Positive Psychology & Wellbeing*, 7(2), 36–52.
- Gutierrez, M. *et al.* (1996). Perfil descriptivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In Aroyo HV e Cerqueira MT (eds.). *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en America Latina: un Analisis Sectorial*. Colombia: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>

- Harrington, N. (2005). It's too difficult! Frustration intolerance beliefs and procrastination. *Personality and Individual Differences, 39*(5), 873–883. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.12.018>
- Harrington, N. (2006). Frustration Intolerance Beliefs: Their Relationship with Depression, Anxiety, and Anger, in a Clinical Population. *Cognitive Therapy and Research, 30*(6), 699–709. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9061-6>
- Hasking, P., Chen, N. T. M., Chiu, V., Gray, N., Gross, J. J., & Boyes, M. (2023). “Managing emotion”: Open label trial and waitlist controlled trial of an emotion regulation program for university students. *Journal of American College Health*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2155468>
- Hemmerle, A. M., Herman, J. P., & Seroogy, K. B. (2012). Stress, Depression and Parkinson's Disease. *Experimental Neurology, 233*, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2011.09.035>
- Hirschle, A. L. T., & Gondim, S. M. G. (2020). Estresse e Bem-Estar no Trabalho: uma Revisão de Literatura. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*(7), 2721–2736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.27902017>
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *Journal of Adolescent Health, 46*, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. ., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The Relationship between Job Stress, Burnout and Clinical Depression. *Journal of Affective Disorders, 75*(3), 209–221. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00101-5)
- Jamshidi, F., Mogehi, S., Cheraghi, M., Jafari, S. F., Kabi, I., & Rashidi, L. (2017). A Cross-Sectional study of Psychiatric disorders in Medical Sciences Students. *Mater Sociomed, 29*(3), 188–191. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.188-191>
- Järvenoja, H., Näykki, P., & Törmänen, T. (2019). Emotional regulation in collaborative learning: when do higher education students activate group level regulation in the face of challenges? *Studies in Higher Education, 44*(10), 1747–1757. <https://doi.org/10.1080/03075079.2019.1665318>
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., Maas genannt BERPohl, F., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Riper, H., Patel, V., Mira, A., Gemmil, A. W., Yeung, A. S., Lange, A., Williams, A. D., Mackinnon, A., Geraedts, A., van Straten, A., Meyer, B., Björkelund, C., Knaevelsrud, C., ... Forsell, Y. (2021). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *JAMA Psychiatry, 78*(4). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>
- Katajavuori, N., Vehkalahti, K., & Asikainen, H. (2021). Promoting university students' well-being and studying with an acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01837-x>
- Khera, K., Rajpurohit, S., Singh, A., Kaur, G., R, A., Chowdhury, B., Kaushal, R., & Sodhi, G. S. (2022). Mental Health Among Health Sciences Students in India During COVID-19 : A Cross Sectional Study. *Journal of Neurological Sciences and Research, 2*(1), 1–10. [https://doi.org/10.52793/JNSR.2022.2\(1\)-12](https://doi.org/10.52793/JNSR.2022.2(1)-12)
- Kim, K. R., & Seo, E. H. (2015). The relationship between procrastination and academic

- performance: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 82, 26–33.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.02.038>
- Kober, H. (2014). Emotion Regulation in Substance Use Disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation (2nd ed.)*.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. The Guilford Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and Emotion: a New Synthesis*. Springer Publishing Company.
- Linehan, M. M. (2018). *Treinamento de Habilidades em DBT: Manual de Terapia Comportamental Dialética para o Terapeuta (2nd ed.)*. Artmed.
- Luo, Z., Wang, S., & Wang, Z. (2022). The Impact of College Students' Frustration Tolerance on Employment Anxiety: The Mediating Role of Coping Styles. *Proceedings of the 2022 8th International Conference on Humanities and Social Science Research (ICHSSR 2022)*, 664(Ichssr), 850–855. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.220504.156>
- Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J., & Hanks, M. M. (2007). Relations of Low Frustration Tolerance Beliefs with Stress, Depression, and Anxiety in Young Adolescents. *Psychological Reports*, 100(1), 98–100.
<https://doi.org/10.2466/pr0.100.1.98-100>
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. de O. (2003). Relação entre Estressores, Estresse e Ansiedade. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 25, 65–74.
<https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>
- Martineau, M., Beauchamp, G., & Marcotte, D. (2017). Efficacité des interventions en prévention et en promotion de la santé mentale dans les établissements d'enseignement postsecondaire. *Santé Mentale Au Québec*, 42(1), 165–182.
<https://doi.org/10.7202/1040249ar>
- Matias, F. B. de Á. (2021). *Impacto da Pandemia na Saúde Mental, Solidão e Qualidade de Sono dos Estudantes*. ISMT - Instituto Superior Miguel Torga.
- Mattanah, J. F., Brooks, L. J., Ayers, J. F., Quimby, J. L., Brand, B. L., & McNary, S. W. (2010). A social support intervention to ease the college transition: Exploring main effects and moderators. *Journal of College Student Development*, 51(1), 93–108.
<https://doi.org/10.1353/csd.0.0116>
- McNally, R. J. (2002). Anxiety Sensitivity and Panic Disorder. *Biological Psychiatry*, 52(10), 938–946. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01475-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01475-0)
- Meaney, R., & Hasking, P. (2013). *Coping and Regulating Emotions : A Pilot study of a modified Dialectical Behavior Therapy group delivered in a college counseling service. January*.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an Emotion Regulation Framework to Integrative Approaches to Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85–90.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.85>

- Miranda, R. S. de. (2021). *Tradução, Adaptação, Evidências de Validade de Construto e Normas da Frustration Discomfort Scale (FDS) para uso no Brasil*. <http://hdl.handle.net/10183/229577>
- Moura, A. S., Alves, M. dos R. L., Machado, D. M., Farias, L. M. R., & Miranda, M. A. de L. (2018). O estudante de graduação e a vivência em rodas de Terapia Comunitária. *Comunicação Em Ciências Da Saúde*, 29(04), 255. <https://doi.org/10.51723/ccs.v29i04.345>
- Moura, C. F. de. (2008). *Reação à Frustração: Construção e Validação da Medida e Proposta de um Perfil de Reação*. Universidade de Brasília.
- Muhomba, M., Chugani, C. D., Uliaszek, A. A., & Kannan, D. (2017). Distress Tolerance Skills for College Students: A Pilot Investigation of a Brief DBT Group Skills Training Program. *Journal of College Student Psychotherapy*, 31(3), 247–256. <https://doi.org/10.1080/87568225.2017.1294469>
- Murakami, K., Panúncio-Pinto, M. P., Santos, J. L. F. dos, & Troncon, L. E. D. A. (2019). Estresse psicológico em estudantes de cursos de graduação da área da saúde: subsídios para promoção de saúde mental. *Revista de Medicina*, 98(2), 108–113. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i2p108-113>
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. *Handbook of Emotion Regulation (2nd Ed.)*, 1, 491–507. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc12&NEWS=N&AN=2013-44085-029>
- Nogueira, M. J., & Sequeira, C. (2017). A Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior. Relação com o Género, Nível Socioeconómico e os Comportamentos de Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 51–56. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0167>
- Nunes, P. C., Saraiva, A. M., Moura, S. G. de, Silva, P. M. de C., Ferreira Filha, M. de O., & Bezerra, S. T. T. (2015). “Heart of a student”: integrative therapy community in the university context. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(3), 2919–2929. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2919-2929>
- Ochnik, D., Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., Jakubiak, M., Schütz, A., Held, M. J., Arzenšek, A., Benatov, J., Berger, R., Korchagina, E. V., Pavlova, I., Blazková, I., Aslan, I., Cinar, O., & Cuero-Acosta, Y. A. (2021). Mental health prevalence and predictors among university students in nine countries during the COVID - 19 pandemic : a cross-national study. *Scientific Reports*, 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-97697-3>
- Oliveira, E. N., Vasconcelos, M. I. O., Almeida, P. C., Pereira, P. J. de A., Linhares, M. S. C., Ximenes Neto, F. R. G., & Aragão, J. M. N. (2022). Covid-19: repercussões na saúde mental de estudantes do ensino superior. *Saúde Em Debate*, 46(spe1), 206–220. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e114p>
- Ozer, B. U., Demir, A., & Harrington, N. (2012). *Psychometric Properties of Frustration Discomfort Scale in a Turkish Sample* (pp. 117–128). Psychological Reports: Measures & Statistics. <https://doi.org/10.2466/08.02.18.PRO.111.4.117-128>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de

- Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Paula, W. de, Breguez, G. S., Machado, E. L., & Meireles, A. L. (2020). Prevalence of anxiety, depression, and suicidal ideation symptoms among university students: a systematic review. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8739–8756. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-119>
- Penha, J. R. L., Oliveira, C. C., & Mendes, A. V. S. (2020). Saúde mental do estudante universitário: revisão integrativa. *Journal Health NPEPS*, 5(1), 369–395. <https://doi.org/10.30681/252610103549>
- Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). *Vulnerabilidade ao Stress, Estratégias de Coping e Autoeficácia em Professores Portugueses* (pp. 351–367). Educação e Pesquisa.
- Popa, C., & Predatu, R. (2019). The effect of an integrative CBT/REBT intervention in improving emotional functioning and emotional stability in Romanian medical students. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 19(1), 59–72. <https://doi.org/10.24193/jebp.2019.1.4>
- Potard, C., & Landais, C. (2021). Relationships between frustration intolerance beliefs, cognitive emotion regulation strategies and burnout among geriatric nurses and care assistants. *Geriatric Nursing*, 42(3), 700–707. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.02.018>
- Ramirez-Castillo, D., Garcia-Roda, C., Guell, F., Fernandez-Montalvo, J., Bernacer, J., & Morón, I. (2019). Frustration Tolerance and Personality Traits in Patients with Substance Use Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10(JUN), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00421>
- Reiss, N., Warnecke, I., Tibubos, A. N., Tolgou, T., Luka-Krausgrill, U., & Rohrmann, S. (2018). Effects of cognitive-behavioral therapy with relaxation vs. imagery rescripting on psychophysiological stress responses of students with test anxiety in a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1475767>
- Reyes, N. M., Pickard, K., & Reaven, J. (2019). Emotion regulation: A treatment target for autism spectrum disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 83(3), 205–234. <https://doi.org/10.1521/bumc.2019.83.3.205>
- Rizvi, S. L., & Steffel, L. M. (2014). A Pilot Study of 2 Brief Forms of Dialectical Behavior Therapy Skills Training for Emotion Dysregulation in College Students. *Journal of American College Health*, 62(6), 434–439. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.907298>
- Rocha, F. M. D. (2010). *Elaboração, implementação e avaliação de um programa de intervenção sobre tolerância à frustração face a relações interpessoais em grupo*.
- Rose, D. N., & Bond, M. J. (2008). Identity, Stress and Substance Abuse among Young Adults. *Journal of Substance Use*, 13(4), 268–282. <https://doi.org/10.1080/14659890801912006>
- Rosmann, N. F., & Almeida, R. M. M. de. (2022). *Frustração e o risco de recaída no uso de álcool e outras drogas: uma revisão integrativa de literatura* [Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <http://hdl.handle.net/10183/253386>
- Rukmini, S., Sudhir, P. M., & Math, S. B. (2014). Perfectionism, Emotion Regulation and

- Their Relationship to Negative Affect in Patients with Social Phobia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(3). <https://doi.org/10.4103/0253-7176.135370>
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of Broad Deficits in Emotion Regulation associated with Chronic Worry and Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 469–480. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9055-4>
- Schmitz, N., Neumann, W., & Oppermann, R. (2000). Stress, Burnout and Locus of Control in German Nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95–99. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00069-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00069-3)
- See, C. C. H., Tan, J. M., Tan, V. S. Y., & Sündermann, O. (2022). A Systematic Review on the Links between Emotion Regulation Difficulties and Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 341–353. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.023>
- Serra, A. V. (2000). *A Vulnerabilidade ao Stress*. Psiquiatria Clínica.
- Seymour, K. E., Macatee, R., & Chronis-Tuscano, A. (2019). Frustration Tolerance in Youth With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(11), 1229–1239. <https://doi.org/10.1177/1087054716653216>
- Seymour, K. E., & Miller, L. (2017). ADHD and Depression: the Role of Poor Frustration Tolerance. *Current Developmental Disorders Reports*, 4(1), 14–18. <https://doi.org/10.1007/s40474-017-0105-2>
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior. *Child Development*, 74(6), 1869–1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>
- Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., & Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States: Interview Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9). <https://doi.org/10.2196/21279>
- Souza, D. C. de, Favarin, D. B., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Estratégias grupais para promoção de saúde em universitários. *Educação (UFES)*, 46. <https://doi.org/10.5902/1984644442800>
- Stallman, H. M. (2010). *Psychological distress in university students: A comparison with general population data* (pp. 249–257). Australian Psychologist. <https://doi.org/10.1080/00050067.2010.482109>
- Teixeira, R. J., Brandão, T., & Dores, A. R. (2022). Academic stress, coping, emotion regulation, affect and psychosomatic symptoms in higher education. *Current Psychology*, 41(11), 7618–7627. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01304-z>
- Terp, U., Hjärthag, F., & Bisholt, B. (2017). Effects of a Cognitive Behavioral-Based Stress Management Program on Stress Management Competency, Self-efficacy and Self-esteem Experienced by Nursing Students. *Nurse Educator*. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000492>
- Toghiani, Z., Ghasemi, F., & Samoyei, R. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on social anxiety in female dormitory residents in Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of Education and Health Promotion*. https://doi.org/104103/jehp.jehp_111_18

- Valencia, J., & Sinambela, C. (2022). Effectiveness of Emotion Regulation Training on Stress, Anxiety, and Depression for Doctors in Emergency Department during Pandemic Covid-19. *Jurnal Psikologi Proyeksi*, 17(1), 78–88.
- Van Doren, N., Shields, S. A., & Soto, J. A. (2020). Emotion Regulation Training in a First-Year Experience Course: A Qualitative Analysis of Students' Experiences. *Journal of College Student Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1080/87568225.2020.1740067>
- Vanderlind, W. M., Millgram, Y., Baskin-Sommers, A. R., Clark, M. S., & Joormann, J. (2020). Understanding Positive Emotion Deficits in Depression: From Emotion Preferences to Emotion Regulation. *Clinical Psychology Review*, 76. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101826>
- Verger, P., Combes, J. B., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V., Rouillon, F., & Peretti-Wattel, P. (2009). Psychological distress in first year university students: Socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 643–650. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0486-y>
- Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., & Kovess-Masfety, V. (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45, 189–199. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0055-z>
- Verhoog, S., Dopmeijer, J. M., De Jonge, J. M., Van Der Heijde, C. M., Vonk, P., Bovens, R. H. L. M., De Boer, M. R., Hoekstra, T., Kunst, A. E., Wiers, R. W., & Kuipers, M. A. G. (2019). The Use of the Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption as an Indicator of Hazardous Alcohol Use among University Students. *European Addiction Research*, 26(1), 1–9. <https://doi.org/10.1159/000503342>
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., ... Wells, J. E. (2007). Worldwide Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370, 841–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- Weiss, E. M., Staggl, S., Holzner, B., Rumpold, G., Dresen, V., & Canazei, M. (2024). Preventive Effect of a 7-Week App-Based Passive Psychoeducational Stress Management Program on Students. *Behavioral Sciences*, 14. <https://doi.org/10.3390/bs14030180>
- World Health Organization – WHO. (2022). *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*.
- World Health Organization – WHO. (1986). *Carta de Ottawa*. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e usnta Fé de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde/IEC.
- World Health Organization – WHO. (1948). *Officials Records of the World Health Organization*. New York.
- Williams, F. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos-Díaz, N., & Joiner Jr., T. E. (2004). Mood Regulation Skill and the Symptoms of Endogenous and Hopelessness Depression in Spanish High School Students. *Journal of Psychopathology and*

Behavioral Assessment, 26(4). <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000045339.67766.86>

Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117, 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.001>

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer nº 86_CEIPC/2022, no dia 27 de abril de 2022



COMISSÃO DE ÉTICA
PARECER N.º 86_CEIPC/2022

Apreciação da proposta de projeto: “Promoção de saúde mental em estudantes do ensino superior: avaliação da eficácia de um programa de intervenção”

A – RELATÓRIO

A.1. DOCUMENTOS PARA APRECIÇÃO:

1. Mod.CEPC_PARE, que inclui cronograma (Datado e assinado)
2. Modelo CEIPC_PARE_nova versão (Datado e assinado)
3. Mod.CEPC_CILE (Datado e assinado)
4. Modelo CEIPC_CILE _nova versão (Datado e assinado)
5. Mod. CEPC_DCH (Datado e assinado)
6. Modelo CEIPC_CHLAVET
7. Modelo CEIPC_DCPDI (Datado e assinado)
8. Modelo TR_O-Orientador (Datado e assinado)
9. CV da proponente
10. Termo de responsabilidade
11. Entrevista Semiestruturada
12. Questionário ESCALA EADS DASS
13. Questionário Instrumento EDRE
14. Questionário Sociodemográfico
15. Email de resposta a pedido de esclarecimentos

A.2. RESUMO DO PROJETO

Projeto na área científica de Educação para Saúde, proposto por Jéssica Tarcylla Bevilaqua de Aguiar, aluna do Mestrado em Andamento em Educação para Saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC), sob a orientação da Professora Ana Paula Monteiro Amaral, professora da mesma escola do Instituto Politécnico de Coimbra. Tem como objectivo geral, promover a saúde mental, através do desenvolvimento de competências, com estudantes do ensino superior, e como objectivos específicos: (i) caracterizar o perfil sociodemográfico, as competências interpessoais, as dificuldades de regulação emocional, os estados emocionais negativos num grupo de estudantes da ESTeSC; (ii) proporcionar o desenvolvimento de competências interpessoais, de gestão do stresse, de tolerância à frustração e de regulação emocional aos participantes; (iii) estudar a relação entre as dificuldades de regulação emocional e os estados emocionais negativos entre os participantes e (iv) avaliar o impacto da intervenção nas competências interpessoais, nas dificuldades de regulação emocional e nos estados emocionais negativos dos participantes.

O estudo apresenta um design do tipo “pretest, posttest” (avaliação inicial, seguida de intervenção e avaliação final), sendo utilizada uma metodologia mista, com recurso a métodos quantitativos e qualitativos (aplicação de questionários de autorresposta e realização de entrevista semiestruturada). Tem como

população-alvo, 30 estudantes da ESTeSC, divididos em 3 grupos de 10 estudantes cada, sendo o critério de inclusão, ser estudante de ensino superior da ESTeSC / IPC e o de exclusão, ser menor de 18 anos.

O procedimento experimental, decorrerá em três fases: **Fase 1 – Avaliação Inicial**, através dos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, DASS21 (Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse 21), DERS (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional); **Fase 2** – Implementação de um Programa de Promoção de Saúde Mental, através da realização de 8 sessões; **Fase 3 – Avaliação Final** com os mesmos instrumentos utilizados na fase 1 e uma entrevista semiestruturada, de forma a avaliar a eficácia da intervenção implementada.

Na nova versão do Modelo CEIPC_PARE, enviada após solicitação, é referido que os questionários serão distribuídos aos participantes através da plataforma *Google Forms*, após concordarem com o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido.

A pedido da relatora, os inquéritos e a entrevista semi-estruturada foram enviados à CEIPC, via email no dia 20 de Abril.

Não foi solicitado pedido/parecer a outra comissão de ética.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Os métodos utilizados no estudo são seguros e não se configuram riscos para os participantes do estudo.

B.2. O Consentimento Informado (CEIPC_CILE), livre e esclarecido apresenta-se escrito de forma adequada verificando o princípio do consentimento livre e esclarecido para os participantes no estudo, bem como a sua voluntariedade e autonomia, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza à sua participação;

B.3. A proponente compromete-se a cumprir todos os princípios de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos: (i) participantes vão ser identificados com um código; (ii) os dados serão guardados numa base de dados protegida por palavra-passe, apenas acessíveis aos investigadores envolvidos no projeto; (iii) os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

B.4. Os participantes só poderão proceder ao preenchimento do questionário após concordarem com o termo de consentimento informado livre e esclarecido, disponibilizado aos participantes através da plataforma *Google Forms*.

B.5. A pedido da relatora a proponente enviou um Modelo CEIPC_CILE actualizado, em que na apresentação do estudo de investigação para obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido é especificada a necessidade de preenchimento de um questionário que irá aferir dados sociodemográficos, de estados emocionais negativos e de regulação emocional.

B.6. No termo de responsabilidade apresentado, a proponente garante que o início do estudo de investigação só ocorrerá após emissão do parecer favorável da CEIPC, e o cronograma da nova versão do Modelo CEIPC_PARE, refere que a recolha de dados terá início em Maio.

B.7. Após solicitação, por email, a proponente refere que irá solicitar autorização à Presidência da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para a realização do estudo e que o mesmo só terá início após obtenção da referida autorização.

C – CONCLUSÕES

O estudo cumpre os requisitos éticos de investigação com seres humanos de acordo com o disposto no n.º 2 do art.º 7º do Regulamento da Comissão de Ética do IPC, pelo que esta Comissão de Ética nada tem a opor ao desenvolvimento deste projeto, propondo um parecer favorável ao seu desenvolvimento.

DECISÃO: DEFERIDO por UNANIMIDADE, em reunião da CEIPC de 27 de Abril de 2022

O/A Relator/a: Maria Rosa Rebordão

Assinado por: **Maria Rosa Rebordão Cordeiro
Simões Crisóstomo**
Num. de Identificação: 08203061
Data: 2022.04.21 15:28:16+01'00'



O/A Presidente da CEIPC:

Assinado por: **Adeino Manuel Moreira dos Santos**
Num. de Identificação: 03327047
Data: 2022.04.29 15:39:34+01'00'



Anexo 2 – Autorização da Presidência da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Assunto:Solicitação de Autorização para realização de estudo na ESTeSC

Data:2022-04-01 11:09

Remetente:Jéssica Beviláqua <bevilaquajessica@gmail.com>

Para:spresidencia@estesc.ipc.pt

Exmo. Sr.

Prof. Dr. Graciano do Nascimento Nobre Paulo

Presidente da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Eu, Jéssica Tarcylla Bevilaqua de Aguiar, estudante do 2º ano de Mestrado em Educação para a Saúde, venho junto de V. Exª solicitar autorização para a realização de estudo nesse estabelecimento de ensino. Este estudo surge no âmbito do mestrado, sob o tema "Promoção de saúde mental em estudantes do ensino superior: avaliação da eficácia de um programa de intervenção", com orientação da Professora Doutora Ana Paula Amaral.

Agradeço desde já a atenção dispensada ao assunto.

Com os melhores cumprimentos,

Jéssica Aguiar

Telmo Pereira 09/05/2022



📧 para mim, Ana ▾

Estimada estudante Jéssica Beviláqua,

Esperando encontra-la bem e de boa saúde, somos a informar que o pedido de realização de estudo se encontra autorizado. Deste facto, damos conhecimento à Prof. Doutora Ana Paula Amaral (em Cc).

Votos de um bom trabalho,

Anexo 3 – Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido



COMISSÃO DE ÉTICA
CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

O termo de consentimento informado deve ser específico do Estudo de Investigação (o modelo deve ser adaptado ao estudo em causa, acrescentando outros dados considerados pertinentes ou eliminadas partes não aplicáveis).
Compete ao Investigador Principal, prestar aos participantes do estudo, as informações necessárias ao consentimento livre e esclarecido.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar o documento de Consentimento informado livre e esclarecido.

Título do Estudo:

Promocão de saúde mental em estudantes do ensino superior: avaliação da eficácia de um programa de intervenção

Este projeto está a ser desenvolvido por uma equipa de investigação no âmbito do mestrado em Educação para Saúde, do Instituto Politécnico de Coimbra.

O seu objetivo fundamental é promover a saúde mental, através do desenvolvimento de competências, com estudantes do ensino superior.

O procedimento experimental será feito em três fases. A primeira será composta por avaliação por questionário, a segunda será constituída de sessões de educação para saúde e a terceira, nova avaliação por questionário. Os questionários abordarão aspetos sociodemográficos, de estados emocionais negativos e de regulação emocional.

Todos os métodos utilizados são seguros, não existindo qualquer risco ou experiência dolorosa da sua utilização.

A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos. A identificação far-se-á por um código, não existindo em nenhum material de referência a dados de identificação.

Após análise de toda a informação recolhida, os dados serão guardados numa base de dados protegida por palavra-passe. Os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente estudo, não existindo quaisquer interesses financeiros a motivar o estudo.

A sua participação é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza, a sua participação. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Este estudo não é financiado por qualquer bolsa ou fundo de investigação, e mereceu a aprovação da Comissão de Ética do Politécnico de Coimbra.

Em nome da equipa de investigação do projeto, manifesto os nossos agradecimentos pela sua participação, e manifesto a nossa disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Investigador Principal do Projeto

Jéssica Beviláqua de Aguiar / Psicóloga / Estudante do Mestrado em Educação para Saúde/ESTeSC – IPC / bevilaquaessica@gmail.com

Assinatura do Investigador: Jéssica Beviláqua de Aguiar Data: 09 / 03 / 2022

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, o RGPD e a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo
(sempre que se aplique)

Título do Estudo:

Promocão de saúde mental em estudantes do ensino superior: avaliação da eficácia de um programa de intervenção

Na qualidade de participante no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações verbais e escritas que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimização dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Desta forma, aceito de livre vontade a participação neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação, aceitando também a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome Completo: _____

Assinatura: _____ ... Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE / INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____

BI/CC Nº: _____ DATA OU VALIDADE ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA QUEM CONSENTE

Anexo 4 – Autorização para utilização do EADS-21

03/03/2023, 13:10

Gmail - Solicitação de autorização do uso do DASS21



Jéssica Beviláqua <bevilaquajessica@gmail.com>

Solicitação de autorização do uso do DASS21

2 mensagens

Jéssica Beviláqua <bevilaquajessica@gmail.com>

18 de março de 2022 às 17:51

Para: jlpr@fpce.up.pt

Cc: anaamaral@estescoimbra.pt

Exmo. Sr. Prof. Dr. Pais Ribeiro,

Espero que se encontre bem e com saúde.

Meu nome é Jéssica Aguiar, psicóloga e estudante do mestrado em Educação para Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTESC/IPC).

Estou a realizar, sob orientação da Prof. Dra. Ana Paula Amaral, um trabalho de dissertação no âmbito do mestrado com objetivo de promover a saúde mental em estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra, intitulado "Promoção de saúde mental em estudantes do ensino superior: avaliação da eficácia de um programa de intervenção".

Face ao exposto, vimos por este meio, solicitar-lhe a autorização para usar o DASS 21 no projeto acima referido. Para além da autorização, agradecemos o envio do instrumento e orientações para cotação.

Antecipadamente grata pela atenção dispensada ao assunto.

Com as melhores saudações,

Jéssica Aguiar

José Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

20 de março de 2022 às 09:13

Para: Jéssica Beviláqua <bevilaquajessica@gmail.com>

Cara Colega

Não nos opomos à utilização da versão da EADS 21 que estudámos e desenvolvemos para uso com a população portuguesa.

O texto de validação, com o questionário, encontra-se no meu site na secção "publications" a nº 108.

cordialmente,

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Anexo 5 – Autorização para utilização do EDRE

30/01/2023 12:46

Gmail - Solicitação de autorização do uso do EDRE



Jéssica Beviláqua <bevilaquajessica@gmail.com>

Solicitação de autorização do uso do EDRE

2 mensagens

Jéssica Beviláqua <bevilaquajessica@gmail.com>
Para: eugenia@psi.uminho.pt

19 de abril de 2022 às 16:44

Exma. Sra. Dra. Eugénia Ribeiro,

Espero que se encontre bem e com saúde.

Meu nome é Jéssica Aguiar, psicóloga e estudante do mestrado em Educação para Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTESC/IPC).

Estou a realizar, sob orientação da Prof. Dra. Ana Paula Amaral, um trabalho de dissertação no âmbito do mestrado com objetivo de promover a saúde mental em estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra, intitulado "Promoção de saúde mental em estudantes do ensino superior: avaliação da eficácia de um programa de intervenção".

Face ao exposto, vimos por este meio, solicitar-lhe a autorização para usar a EDRE no projeto acima referido. Para além da autorização, agradecemos o envio do instrumento e orientações para cotação.

Antecipadamente grata pela atenção dispensada ao assunto.

Com as melhores saudações,

Jéssica Aguiar

Eugénia Maria Ribeiro Pereira <eugenia@psi.uminho.pt>
Para: Jéssica Beviláqua <bevilaquajessica@gmail.com>

20 de abril de 2022 às 18:51

Cara Jéssica Aguiar,

Parabéns pelo seu projeto!

Envio em anexo o artigo com orientações para cotação e escala.

Cumprimentos,

Eugénia Ribeiro, Ph.D.

Assistant Professor

Director of Master in Adult Clinical Psychology and Psychotherapy

Coordinator of Psychological Intervention Unit - APsi-UMinho


[Texto das mensagens anteriores oculto]

2 anexos

DERSpublishedo.pdf
583K

30/01/2023 12:46

Gmail - Solicitação de autorização do uso do EDRE

 **DERS finalpdf.pdf**
31K

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=ef24a2e741&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-2431184959219755829&simpl=msg-a%3Ar49111...> 2/2

Anexo 6 – Questionário Sociodemográfico

Identificação nº _____/2022

Questionário Sociodemográfico

1- Gênero:

- Feminino
- Masculino
- Outro
- Prefiro não informar

2- Idade: _____**3- Nacionalidade:** _____**4- Estado civil:**

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Separado(a) / Divorciado(a)
- Viúvo(a)

5- Tem filhos?

- Sim
- Não

- Se sim, quantos? _____**6- Religião:**

- Católico
- Protestante/Evangélico
- Budista
- Muçulmano
- Não tenho religião
- Outra _____

7- Grau de instrução:

- 12º ano
- Licenciatura
- Outro

8- Ciclo de estudos que está a cursar:

- Licenciatura
- Mestrado

9- Curso: _____**10- Ano:** _____**11- Exerce alguma atividade remunerada, atualmente?**

- Sim, bolsa
- Sim, estágio

Identificação nº _____/2022

- Sim, trabalho por conta de outrem
- Sim, trabalho por conta própria
- Sim, trabalho em empresa da família
- Não
- Outro _____

12- Local onde reside, durante o período letivo:

- Em casa própria
- Em casa dos pais
- Em casa de familiares
- Em casa arrendada
- Residência para estudantes
- Outra _____

Anexo 7 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS-21)

EADS-21 - Nome _____		Data ____/____/____			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honorado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239

Anexo 8 – Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (Grazt and Roemer, 2004; versão portuguesa: Coutinho et al., 2009)

Por favor indique com que frequência as seguintes frases se aplicam a si, seleccionando a opção de resposta adequada. Por favor responda a todos os itens. Não existem respostas certas ou erradas.

Escala de resposta

- 1 – Quase nunca se aplica a mim
 2 – Aplica-se a mim poucas vezes
 3 – Aplica-se a mim cerca de metade das vezes
 4 – Aplica-se a mim muitas vezes
 5 – Aplica-se quase sempre a mim.

1. Percebo com clareza os meus sentimentos	1	2	3	4	5
2. Presto atenção a como me sinto.	1	2	3	4	5
3. Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controlo.	1	2	3	4	5
4. Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.	1	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
6. Estou atento aos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
7. Sei exactamente como me estou a sentir.	1	2	3	4	5
8. Interesso-me por aquilo que estou a sentir.	1	2	3	4	5
9. Estou confuso sobre como me sinto.	1	2	3	4	5
10. Quando estou em baixo, apercebo-me das minhas emoções.	1	2	3	4	5
11. Quando estou em baixo, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.	1	2	3	4	5
12. Quando estou em baixo, fico embaraçado por me sentir assim.	1	2	3	4	5
13. Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas.	1	2	3	4	5
14. Quando estou em baixo, fico fora de controlo.	1	2	3	4	5
15. Quando estou em baixo, penso que vou-me sentir assim por muito tempo.	1	2	3	4	5
16. Quando estou em baixo, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.	1	2	3	4	5
17. Quando estou em baixo, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.	1	2	3	4	5
18. Quando estou em baixo, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.	1	2	3	4	5
19. Quando estou em baixo, sinto-me fora de controlo.	1	2	3	4	5
20. Quando estou em baixo, continuo a conseguir fazer as coisas.	1	2	3	4	5
21. Quando estou em baixo, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.	1	2	3	4	5
22. Quando estou em baixo, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.	1	2	3	4	5
23. Quando estou em baixo, sinto que sou fraco.	1	2	3	4	5
24. Quando estou em baixo, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos.	1	2	3	4	5

25. Quando estou em baixo, sinto-me culpado por me sentir assim.	1	2	3	4	5
26. Quando estou em baixo, tenho dificuldade em concentrar-me.	1	2	3	4	5
27. Quando estou em baixo, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5
28. Quando estou em baixo, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.	1	2	3	4	5
29. Quando estou em baixo, fico irritado comigo próprio por me sentir assim.	1	2	3	4	5
30. Quando estou em baixo, começo a sentir-me muito mal comigo próprio.	1	2	3	4	5
31. Quando estou em baixo, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.	1	2	3	4	5
32. Quando estou em baixo, eu perco o controlo dos meus comportamentos.	1	2	3	4	5
33. Quando estou em baixo, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.	1	2	3	4	5
34. Quando estou em baixo, dedico algum tempo a perceber aquilo que realmente estava a sentir.	1	2	3	4	5
35. Quando estou em baixo, demoro muito tempo até me sentir melhor.	1	2	3	4	5
36. Quando estou em baixo, as minhas emoções parecem avassaladoras.	1	2	3	4	5

Anexo 9 – Entrevista Semiestruturada

Identificação nº _____ | 2022

Entrevista Semiestruturada

1. Considera que a participação nas sessões que integraram o projeto – Promoção da Saúde Mental contribuiu, de alguma forma, para desenvolver a sua capacidade de cuidar da sua saúde mental?

- Sim
 Não

2. De que forma a sua participação nas sessões de promoção da saúde mental contribuiu para o desenvolvimento de competências de regulação emocional?

3. De que forma a sua participação nas sessões de promoção da saúde mental contribuiu para o desenvolvimento de competências de gestão de ~~stress~~ stress?

4. De que forma a sua participação nas sessões de promoção da saúde mental contribuiu para o desenvolvimento de competências de tolerância à frustração?

5. Enumere os aspetos/atividades que considera terem sido mais relevantes, ao longo das sessões de intervenção, no desenvolvimento de novas competências.

6. Sugestões para futuras intervenções.
