



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

Cristiana
Cruz

SAÚDE MENTAL POSITIVA E VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

SAÚDE MENTAL POSITIVA E VULNERABILIDADE
PSICOLÓGICA NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

DISSERTAÇÃO DE Mestrado

Cristiana Maria da Cruz Rodrigues

Porto | 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**SAÚDE MENTAL POSITIVA E VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA
NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR**

**POSITIVE MENTAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL VULNERABILITY IN
HIGHER EDUCATION STUDENTS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado orientada pelo Prof. Doutor José Carlos Marques de Carvalho
e coorientada pelo Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Cristiana Maria da Cruz Rodrigues

PORTO | 2021

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Carvalho, primeiramente pelo estímulo, enquanto estudante de licenciatura de enfermagem, para o bonito mundo da Saúde Mental e Psiquiatria, e agora, findada a produção deste documento, resta agradecer a sua orientação com as palavras certas de incentivo e coragem nesta aventura a que me propus.

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira, por me ter acompanhado neste percurso com os seus ensinamentos prontos, com orientação no universo da evidência científica e, sobretudo, pelas oportunidades de desenvolvimento que me proporcionou.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto e aos alunos do ensino superior nacional que prontamente se disponibilizaram a participar no avanço do conhecimento em Enfermagem através do preenchimento do questionário que se configurou em dados para o presente estudo.

Aos doentes com os quais partilhei o Centro Hospitalar Conde de Ferreira, a minha primeira casa da Psiquiatria, por me mostrarem do “outro lado da janela” a certeza de quem quer Ser visto além da doença.

Aos meus colegas e auxiliares do Conde de Ferreira por me ajudarem a compreender a positividade da Saúde Mental muito além dos enormes portões. Aos colegas do SU do CHUSJ, em especial à Juliana e à Vales, que mesmo em contexto de urgência e emergência me conferiram leveza à mente apressada.

À Rita e à Francisca por me terem permitido viver com elas uma aventura de início de carreira que me concedeu a descoberta da resiliência para a escrita deste documento. À Bip e à Márcia, por terem sido o colo de tantos dias.

Aos meus amigos, por terem sido a alegria em momentos difíceis. Em especial ao Alexandre, que sempre acreditou em mim mesmo quando o caminho parecia impossível.

Aos meus pais, por me proporcionarem uma vida cheia de felicidade para sonhar e acreditar que posso alcançar os meus objetivos com sucesso. Ao meu irmão e à minha cunhada por serem muitas vezes o leme de um barco de incertezas. Aos meus sobrinhos, que no auge da idade dos “Porquês” me fizeram entender com a sua inocência que essa era a palavra essencial para a construção desta dissertação.

À avó, à mãe, à madrinha e à ama que me ensinaram que o lugar de uma mulher
é na conquista dos seus objetivos.

SIGLAS/ABREVIATURAS

APA – American Psychiatric Association

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EES – Estudantes do Ensino Superior

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

QSM+ – Questionário de Saúde Mental Positiva

SM – Saúde Mental

SM+ – Saúde Mental Positiva

OMS - Organização Mundial de Saúde

WHO - World Health Organization

VP- Vulnerabilidade Psicológica

UE- União Europeia

NIHM - National Institute of Mental Health

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

CAL – Comportamentos Auto-Lesivos

NDNU - Notre Dame de Namur University

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

RESUMO

Contexto: Compreender a Saúde Mental Positiva (SM+) como um estado de funcionamento ótimo do ser humano, no qual a promoção das qualidades da pessoa otimiza o seu potencial é fundamental (Lluch, 2001) para que possamos analisar a vivência das transições vividas pelos estudantes do ensino superior ao longo do seu percurso académico. Este percurso associa-se a simultâneas transições que necessitam de ser bem geridas, contribuindo para o sucesso, evitando a insatisfação/morbilidade.

Objetivos: Avaliar a Saúde Mental Positiva (SM+) dos Estudantes do Ensino Superior (EES); avaliar a Vulnerabilidade Psicológica (VP) dos EES; relacionar a SM+ dos EES com os aspetos sociodemográficos; relacionar o QSM+ e a EVP com os aspetos sociodemográficos e clínicos dos EES.

Metodologia: Estudo quantitativo, analítico-correlacional, descritivo e transversal. Recorreu-se a uma amostragem não probabilística acidental incluindo 516 estudantes a frequentar o ensino superior nacional. Os dados foram recolhidos entre fevereiro de 2021 e maio de 2021, através dos questionários online de caracterização sociodemográfica (Sequeira et al., 2018), Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) e Escala da Vulnerabilidade Psicológica de (Nogueira et al., 2017).

Resultados: A maioria dos inquiridos é do sexo feminino (87,8%) e frequentam o ensino de enfermagem (77,9%). Relativamente aos hábitos, mais de metade dos EES não estão satisfeitos com o seu sono (55%), 54,07% mencionam que não dormem as horas suficientes para a satisfação das suas necessidades, a maioria não pratica regularmente exercício físico (58,53%) e 25,58% considera não ter uma alimentação saudável. Ainda a referir que 35,27% assumem consumo de bebidas alcoólicas e 3,29% admite ainda o consumo de substância psicoativas. Apesar da pontuação global obtida no QSM+ ser de 71,8 pontos, correspondendo a um nível alto de SM+, da análise pormenorizada dos resultados emerge um conjunto de aspetos preocupantes, a saber: 30,81% dos respondentes encontra-se no nível intermédio e 0,58% encontra-se no nível baixo de SM da amostra global; 36,1% dos EES referem ter acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. A média de score na EVP foi de 18,2 pontos. As estudantes do sexo feminino apresentam os piores valores de vulnerabilidade psicológica.

Conclusões: Da análise de dados neste estudo, realça-se a necessidade de construção e adoção de projetos em espaços orientados para o desenvolvimento de competências que se traduzam em ganhos para a saúde mental positiva e diminuição da vulnerabilidade psicológica. Cada instituições de ensino traduz-se em espaço “familiar” aos estudantes do ensino superior, sendo um local privilegiado para a adoção de estratégias que permitam a intervenção da Enfermagem especializada na Saúde Mental e Psiquiatria no âmbito da promoção da Saúde Mental Positiva dos elementos que a constituem.

Palavras-chave: Saúde Mental Positiva; Vulnerabilidade Psicológica; Estudantes do Ensino Superior; Transição.

ABSTRACT

POSITIVE MENTAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL VULNERABILITY IN HIGHER EDUCATION STUDENTS

Context: To understand Positive Mental Health as a state of great functioning of the human being, in which the promotion of a person's qualities optimizes its potential and it is essential (Lluch, 2001) for us to analyse the experience of transitions experienced by college students through out their academic course. This path associates with simultaneous transitions that need to be well managed, contributing ot success, avoiding dissatisfaction/morbidity.

Objectives: To assess Positive Mental Health of college students; to assess psychological vulnerability of college students; to relate college student's Positive Mental Health with sociodemographic aspects; to relate QSM+ and EVP with college student's sociodemographic and clinical aspects.

Methodology: Quantitative, analytical-correlational, descriptive and transversal study. A non-probabilistic accidental sample was used including 516 students attending national college. Data was collected between February and May 2021 using online questionnaires of sociodemographic characterization (Sequeira et al., 2018), Positive Mental Health Questionnaire and Psychological Vulnerability Scale from (Nogueira et al., 2017).

Results: The majority of the inquired people is female (87,8%) and they are attending a nursing course (77,9%). Regarding their habits, most college students are not satisfied with their sleeping process (55%), 54,07% mention that they don't sleep enough hours to satisfy their necessities, the majority doesn't practice physical exercise regularly (58,53%) and 25,58% don't consider having a healthy diet. It's important to refer that 35,27% assume that they have drunken alcoholic drinks and 3,29% also admits the consumption of psychoactive substances. In spite of Positive Mental Health Questionnaire global score being 71,8 points, corresponding to a high level of Positive Mental Health, from a detailed analysis to the results, a number of worrying aspects emerge: 30,81% of respondents is at the intermediate level and 0,58% is at the lower level of Mental Halth; 36,1% of college students refer having psychological or psychiatric help. Female students have the worst values of psychological vulnerability.

Conclusion: Data analysis in this study highlights the need to build and adopt projects in spaces oriented to the development of skills that result into gains in positive mental health and reduction of psychological vulnerability. Each teaching institution presents itself as a "familiar" space to its students, being a privileged place to the adoption of strategies that allow the intervention of specialized nursing in Mental Health and Psychiatry in the context of promoting Positive Mental Health of its constituent elements.

Key Words: Positive Mental Health; Psychological Vulnerability; College Students; Transition

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. A Saúde Mental nos Estudantes do Ensino Superior	5
2. Determinantes da Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior	11
2.1. Variáveis sociodemográficas e académicas	11
2.2. Comportamentos em Saúde	14
2.3. Vigilância em Saúde Mental	17
2.4. Satisfação com o Suporte Social.....	20
2.5. Satisfação com a vida académica	22
2.6. Acontecimentos de Vida Negativos	24
3. O Estudante do Ensino Superior que vivencia as transições.....	27
3.1. Transição múltipla: A adaptação da saúde mental dos EES à luz da Teoria da Transição de Meleis	29
4. Saúde Mental Positiva.....	33
4.1. Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva de Lluch.....	35
5. Vulnerabilidade Psicológica.....	41
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	45
1. Metodologia	47
1.1. Contexto e Justificação.....	47
1.2. Desenho e Tipo de Estudo.....	48
1.3. Amostra	48
1.4. Instrumentos de Recolha de Dados	49
1.5. Procedimentos formais, éticos e deontológicos	55
1.6. Recolha dos dados.....	55
1.7. Análise estatística dos dados	56
2. Resultados	57
2.1. Síntese de Resultados	84
3. Discussão dos Resultados.....	87
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	113

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Fatores do Modelo de Saúde Mental Positiva, distribuição dos itens e pontuações do Questionário de Saúde Mental Positiva, na versão portuguesa (Sequeira et al., 2014).

TABELA 2 – Comparação dos fatores incluídos por item no CSM+ de Lluç e QSM+ na versão Portuguesa (Sequeira et al., 2014)

TABELA 3- Pontuação das respostas nos itens positivos e negativos no QSM+

TABELA 4 - Níveis globais de saúde mental Positiva (adaptado de Garcia, 2016)

TABELA 5. Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as características sociodemográficas

TABELA 6 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo os consumos de substâncias praticados

TABELA 7 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na EVP

TABELA 8. Mediana, média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, relativamente ao fatores do Questionário de Saúde Mental Positiva

TABELA 9 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na QSM+ por Fator

TABELA 10 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 1 do QSM+

TABELA 11 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 2 do QSM+

TABELA 12 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 3 do QSM+

TABELA 13 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 4 do QSM+

TABELA 14 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 5 do QSM+

TABELA 15 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 6 do QSM+

TABELA 16 – Análise Inferencial da Idade em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

TABELA 17 – Análise Inferencial do Sexo em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

TABELA 18 – Análise Inferencial do estado civil em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

TABELA 19 – Análise Inferencial do tempo despendido com os amigos em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

TABELA 20 – Análise Inferencial da conjugação de emprego com estudos em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

TABELA 21 – Análise Inferencial das horas de sono em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

TABELA 22 – Análise Inferencial da relação afetiva com estudos em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2020/2021, determinou-se, conjuntamente com os orientadores, a elaboração de um trabalho de investigação que se debruçasse sobre a qualificação dos níveis de SM+ e vulnerabilidade psicológica nos estudantes do ensino superior nacional, posteriormente validada pelo conselho técnico-científico da instituição de ensino acima referida. Decorrente do ano atípico vivenciado na comunidade académica, decorrente da pandemia COVID-19, este estudo demonstra-se de especial interesse para o estudo das consequências dos fatores de *stress* e capacidade de resiliência implementada pelos estudantes aquando deste período.

A perturbação mental pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais frequentes no começo da idade adulta. A sua manifestação pode assumir proporções mais leves e interferem de forma pouco significativa no quotidiano e são denominadas perturbações mentais ou, por outro lado podem assumir formas mais graves, denominadas por perturbações mentais *major*, com implicações mais significativas na vida da pessoa (Sequeira & Sampaio, 2020). Para contornar estes desafios, é urgente que os jovens que iniciam a idade adulta apresentem bons níveis de SM+ e estejam aptos para identificar alterações na sua saúde bem como na dos que os rodeiam. A SM quando avaliada com níveis baixos, especificamente no caso de jovens adultos, pode trazer consequências ao nível das relações interpessoais, da diminuição da produtividade nos projetos em que se encontram envolvidos, e reduzir a longevidade das pessoas em 25 anos de vida, quando comparados com os jovens em tratamento ou mesmo àqueles que não padecem de patologias mentais (Vidoureke e Burgage, 2019).

O ingresso e frequência do ensino superior exigem aos EES ajustes à sua vida pessoal que são entendidos por Meleis (2010) como fatores que concorrem para o desequilíbrio, potenciando assim o risco de gerar alterações na sua saúde mental. Por se saber do decréscimo da SM nos EES e do aumento das perturbações mentais nesta comunidade, bem como por afetar as várias envolventes da vida dos EES (Nogueira, 2017), estes conferem-se, então, como uma população-alvo importante para o estudo.

O objetivo central do presente relatório prende-se com a apresentação dos resultados, com a respetiva reflexão e discussão decorrentes dos dados obtidos através do preenchimento do questionário sociodemográfico e clínico, da Escala de Vulnerabilidade Psicológica (EVP) e

do Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) adaptada para os Estudantes do Ensino Superior (EES). No seguimento deste objetivo, concomitantemente existirão outros que podem ser destacados pela sua componente complementar: apresentar o enquadramento teórico no que atenta às definições dos conceitos de saúde mental positiva, vulnerabilidade psicológica e transição à luz da Teoria de Meleis; apresentar uma breve contextualização teórica relativamente aos determinantes da saúde mental e o seu impacto nos níveis apresentados pelos estudantes do ensino superior; apresentar um breve enquadramento sobre a vivência da transição para a vida académica à Luz da Teoria das Transições de Meleis; apresentar resultados de um estudo descritivo-correlacional com o objetivo de perceber a existência de relações entre a saúde mental positiva, vulnerabilidade psicológica e as características sociodemográficas dos estudantes; analisar criticamente os resultados obtidos no trabalho de investigação realizado, bem como as limitações da metodologia utilizada.

Sob o ponto de vista estrutural, o presente relatório encontra-se dividido em duas partes principais: o enquadramento concetual e o estudo metodológico. Pelo que, na primeira parte será apresentado um enquadramento teórico com os conceitos explanados no parágrafo anterior. Na segunda parte do trabalho, será apresentada a metodologia seguida no estudo realizado, bem como o trabalho de campo realizado e a sua análise (colheita de dados, apresentação, análise, discussão de resultados e apresentação de conclusões).

Para a escrita do presente documento efetuou-se sobre as regras do Acordo Ortográfico e usou como guia orientador para as citações e referências com o estilo APA da 7ª edição de 2020. Para leitura da evidência científica que suporta este documento foram diversas as fontes de informação pesquisadas, de entre as quais, livros e trabalhos académicos presentes na biblioteca da ESEP; bases de dados CINAHL Plus® with Full Text, MEDLINE® with Full Text, MedicLatina® , Academic Search Complete® , Regional Business News® , Business Source Complete® , ERIC® , Library, Information Science & Technology Abstracts® , SPORTDiscus® with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection® , Cochrane Central Register of Controlled Trials® , Database of Abstracts of Reviews of Effects® , Cochrane Database of Systematic Reviews® , NHS Economic Evaluation Database® , Health Technology Assessments® , Cochrane Methodology Register® e SciELO® ; bases de dados incorporadas na Web of Science® e ScienceDirect® ; Trip Database® ; repositórios online, em particular o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Saúde Mental nos Estudantes do Ensino Superior

No decorrer da atual situação pandémica mundial, a mudança repentina surgiu no comportamento criando repercussões no pensamento social e rotinas quotidianas dos indivíduos, dadas as medidas preventivas (distanciamento social) instituídas para diminuir o risco de contágio (Ribeiro et al., 2020). Esta mudança, para além do impacto a nível da saúde física, parece abarcar um conjunto de repercussões financeiras, sociais e de saúde mental dos indivíduos um pouco por todo o mundo (Afonso & Figueira, 2020; Faro et al., 2020; Schmidt et al., 2020).

Os estudos de investigação dão-nos conta do agravamento dos níveis de ansiedade, depressão e *stress* dos estudantes universitários que, já no seu estado normalizado, se caracterizam por ser uma população de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais (Maia & Dias, 2020). A conclusão destes estudos, coincidem entre si mencionando que os níveis de SM dos estudantes universitários se intensificavam significativamente aquando situações de emergência de saúde pública. Na atual pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, a literatura aponta para um aumento dos níveis de ansiedade, depressão e *stress* dos estudantes, nomeadamente em estudantes jovens e/ou do género feminino (Cao et al., 2020; Maia & Dias, 2020; Wang et al., 2020).

Para nos debruçarmos sobre a importância do estudo da saúde mental positiva dos ESS, importa iniciar este capítulo definindo a Saúde, de uma forma gradualmente mais específica, partimos da descrição do conceito de saúde, evoluindo para o conceito de saúde mental e culminando no conceito de saúde mental positiva (SM+).

O conceito de Saúde é descrito pela World Health Organization (WHO) em 1948 que, numa visão holística do conceito, entende-a como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”. Embora se configure como uma definição positiva, com enfoque na doença, não releva os processos adaptativos às crises do indivíduo nem à sua relação com o meio envolvente, contudo manifesta o termo bem-estar refletindo a noção de equilíbrio e de harmonia (Buss & Filho, 2007). Cancel (2000), descreve o conceito de bem-estar como subjetivo, na perspetiva de sensação difícil de definir, é influenciada por vários fatores na mesma comunidade, pois o indivíduo pode responder de modo diferente de acordo com o momento e situação. Para Bowling (1994), a noção de bem-estar, não significa ausência de doença, mas pode

englobar noções de felicidade, satisfação e gratificação em relação à saúde, afetividade, sociabilidade, profissão, cultura e economia.

A WHO (1978) na Conferência de Alma-Ata salienta que a saúde não é uma finalidade em si mesmo, mas um recurso ao alcance de todas as pessoas para o desenvolvimento da comunidade, com a cooperação individual e com outros setores da comunidade, passando assim a ser entendida como um direito. Antunes (2008), sintetiza o conceito de saúde com base no documento anteriormente referido e emerge que a saúde está associada a fatores biológicos e psicossociais, defendendo a corresponsabilização e participação dos indivíduos, comunidades e governos. Assim na Carta de Ottawa, a WHO (1986) assumiu a necessidade de desenvolver o conceito de saúde compreendendo a capacidade de cada indivíduo ou grupo em realizar as suas ambições e satisfazer mais do que as suas necessidades básicas, assim como adaptar o meio envolvente, tendo ainda considerado a saúde como um recurso no decorrer da vida e não um objetivo de viver. A Saúde mantém a positividade de conceito, mobilizando recursos sociais e pessoais, considerando as capacidades físicas, sendo imprescindível ao desenvolvimento económico (Loureiro & Miranda, 2010). Neste ponto de vista o conceito de saúde depende, da participação ativa das pessoas no processo saúde-doença-autocuidado (Germani & Aith, 2013).

Tal como o conceito de Saúde, a Saúde Mental (SM) tem sido alvo de evolução no domínio dos estudos da literatura, pela busca da melhoria dos cuidados de saúde. O conceito de SM tem acompanhado essa evolução e, na atualidade, é entendido além da ausência de doença, conferindo uma visão compreensiva e integrativa do indivíduo, dada a sua multiplicidade de fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais. Segundo a World Health Organization (WHO) (2018), a saúde mental pode ser assimilada como um estado de bem-estar no qual a pessoa reconhece o seu potencial, percebe e rege-se de competências para lidar com o *stress* normal da vida, trabalha de forma produtiva e vantajosa de contributo para a sociedade. O construto do conceito compreende-se a associação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, representando uma forte preponderância multifacetada de aspetos da vida dos jovens adultos.

Durante muito tempo a SM foi descurada. O estigma, os medos e os preconceitos associados às doenças mentais explicam parte desta subvalorização, mais ainda, a ideia de que nada poderia ser feito para prevenir ou melhorar as doenças mentais, como a promoção da SM dos indivíduos (Almeida, 2018). Entretanto, surgiu progressivamente a necessidade de incluir a SM entre as prioridades de saúde pública, pela União Europeia

(UE). A Comissão Europeia criou um pacto Europeu (2008), numa conferência em Bruxelas denominada - Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar - onde reconheceu a sua pertinência para os seus Estados-Membros, representantes e comunidades. Deste pacto resultaram cinco áreas prioritárias, das quais, a SM na juventude e na educação, com o propósito de assegurar em ambiente escolar, mecanismos para a diagnóstico precoce, com a disponibilização de programas que promovam as competências parentais, promoção do conhecimento de toda a comunidade académica, promoção da participação dos jovens na educação, cultura, desporto e emprego.

No que concerne à saúde mental dos EES, esta tem merecido especial apreensão juntos dos investigadores uma vez que a prevalência do aparecimento de perturbações mentais manifesta o seu apogeu aquando do ingresso no mundo do ensino superior (previamente aos 24 anos) no momento em que se vivencia a transição para a vida adulta (Macaskill, 2013).

A comunidade científica aponta que as perturbações de ansiedade, do humor, sono, alimentares, o abuso de substâncias e os comportamentos autolesivos são predominantes nesta faixa etária (Gress et al., 2015). A OMS (2019) destaca que anualmente, cerca de 800.000 pessoas cometem suicídio e que este se efetiva na segunda causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos, por sua vez o síndrome depressivo trata-se da causa primordial de incapacidade em todo o mundo sendo a sua incidência e prevalência elevadas, entre os 18 e os 25 anos, em comparação a outros grupos etários.

Em Portugal, a saúde mental reportada na perspetiva do perfil nacional, encontra-se traçada pelo 1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental em Portugal em 2013 e demonstra uma prevalência de 16,5% das perturbações de ansiedade, 7,9% das perturbações do humor, 6,8% das perturbação depressiva major e perturbações de abuso e dependência de álcool de 1,6%, corroborando assim que os problemas de saúde mental em EES portugueses assumem idêntica importância aos encontrados em países como os Estados Unidos da América e a Ásia (Almeida et al., 2011).

Os défices nos níveis de saúde mental dos estudantes universitários configuram-se um problema significativo de saúde pública, já que as suas consequências subdividem-se: no nível individual e institucional. No nível individual, o estudante vê afetado o seu comportamento físico, emocional, cognitivo e académico; e no nível institucional, os estabelecimentos de ensino superior são confrontados com desafios contemporâneos

(como o abandono escolar) principalmente na necessidade de orientar e aconselhar os estudantes que padecem de perturbações na sua saúde mental (Almeida, 2014).

Desde os tempos mais remotos que a SM tratou-se de uma área da saúde desvalorizada. O estigma, a fantasia, os medos e os preconceitos associados às doenças mentais explicam parte desta subvalorização, culminando na ideia de que nada poderia ser feito para prevenir as doenças mentais e promover a SM das pessoas (Almeida, 2018). Para contrariar esta situação, a União Europeia (UE), manifestou progressivamente a necessidade de incluir a SM entre as prioridades de saúde pública. A Comissão Europeia criou um pacto Europeu (2008), numa conferência em Bruxelas denominada - Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar - onde estabeleceu a sua importância para os seus Estados-Membros, representantes e comunidades. Desta reunião resultaram áreas prioritárias na SM dos jovens e na educação. Com o objetivo de se promover em ambiente escolar, mecanismos para a deteção precoce de diminuição dos níveis de SM dos jovens, disponibilizar programas que promovam as competências parentais, promover o conhecimento de toda a comunidade envolvida, promover a participação dos jovens na educação, cultura, desporto e emprego.

Silveira et. al (2010) realizaram um estudo de descrição e caracterização da consulta de Psiquiatria dos Estudantes Universitários do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João. Os seus resultados demonstraram que o diagnóstico psiquiátrico mais documentado foi o de Episódio Depressivo (20,9%). A sua análise por clusters de doença mental, segundo a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da OMS, 1992) relatou como *major* o grupo das Perturbações Neuróticas, integrantes do diagnóstico de Stress e Somatoformes (35%), Perturbação de Ansiedade Generalizada (15,7%), Perturbação de Pânico (11,2%), Perturbação Obsessiva Compulsiva (5,2%) e Perturbações de Adaptação (6%). As Perturbações de Personalidade retratam uma percentagem da amostra significativa, com diagnóstico principal em 16,4% dos estudantes e em co-morbilidade com outras patologias psiquiátricas em 35% dos casos. Na análise das patologias psiquiátricas mais complexas, surge a Esquizofrenia fundamentada em 9% dos estudantes e a Perturbação Afectiva Bipolar sustentada em 1,5%. O consumo de substâncias relacionado com o desenvolvimento de doença mental traduziu-se pela percentagem de 2,2%. Por último, na amostra de estudantes do ensino superior participantes neste estudo, obteve-se ainda uma percentagem de 3,7% no âmbito das Perturbações do Comportamento Alimentar.

Fonte et. al (2016) conduziram um estudo com o objetivo de caracterizar e analisar a relação entre os níveis de saúde mental/bem-estar, saúde mental/psicopatologia e a

percepção das experiências académicas em estudantes universitários. A amostra constituída por 234 estudantes universitários, 178 participantes são do género feminino e 56 do género masculino, permitiram numa discutir nos resultados que os estudantes inquiridos apresentavam na generalidade níveis elevados de saúde mental positiva (bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social) e níveis baixos ao nível da psicopatologia (ansiedade, depressão e stress). Estes dados sugerem que a população em análise apresenta uma boa saúde mental, sendo os mesmos congruentes com outros estudos desenvolvidos junto de jovens portugueses (Fonte et al., 2016; Silveira et al., 2011).

Tendo em conta as áreas de estudo, existem diferenças significativas observadas ao longo da revisão bibliográfica, sendo que os estudantes da área do Direito, Ciências Sociais e Serviços apresentam um estado afetivo mais negativo na ansiedade e *stress*, quando comparados com estudantes de outras áreas. Pelo contrário, no estudo de Maroco e Assunção (2020), os estudantes das áreas humanas apresentaram menores níveis de *stress* em comparação aos estudantes de ciências exatas. Também foram encontradas diferenças em relação à área de estudos e as estratégias, sendo que os estudantes de Direito, Ciências Sociais e Serviços procuram mais suporte social e os estudantes que frequentam cursos da área das Tecnologias recorrem mais à estratégia de evitamento (Fonseca, 2020).

No que concerne à percepção dos estudantes sobre as suas vivências académicas, os dados indicam que os estudantes se mostram satisfeitos com a sua vivência académica, revelando os valores mais altos nos domínios interpessoal, estudo e carreira. Da análise da relação entre saúde mental/psicopatologia e saúde mental/bem-estar e as vivências académicas foi possível constatar que uma melhor percepção e satisfação com a sua vida académica se associam significativamente a níveis mais expressivos de saúde mental e bem-estar sublinhando assim a importância e contexto na saúde mental dos indivíduos.

A dimensão pessoal relaciona-se positivamente com os níveis mais elevados de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress), e negativamente aos níveis de bem-estar (emocional, psicológico e social), podendo ser explicados pelo facto destas variáveis remeterem para o *self* e o desenvolvimento psicossocial dos estudantes. Já na dimensão interpessoal e de carreira os dados indicaram que à medida que os valores desta dimensão aumentam, aumentam também os níveis de bem-estar (emocional, psicológico e social) e diminuem os níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e stress). Em última instância, quando analisada a dimensão institucional os resultados sugeriram que valores mais elevados na forma como os estudantes percebem esta vivência académica indicam

também maiores níveis de bem-estar emocional, psicológico e social e menores níveis de depressão e ansiedade (Fonte e Macedo, 2020).

As instituições de ensino, por norma, estão munidas de Gabinetes de Apoio Psicopedagógico ao Estudante, focadas no apoio do sucesso acadêmico, contudo com precária dedicação na promoção da saúde mental e bem-estar dos seus estudantes e colaboradores. A sua proposta de recursos prende-se, essencialmente, com os serviços que promovem o suporte terapêutico a quem carece de acompanhamento profissional imediato; serviços preventivos, baseados na educação para a saúde no momento da transição para a entrada no ensino superior e na sua posterior integração na vida profissional; e, serviços de desenvolvimento pessoal, dirigidos à maximização do potencial do estudante. Apesar da sua existência e oferta, existem ainda estudantes com necessidades do foro da saúde mental que não conseguem o apoio profissional que necessitam, sendo que a investigação conclui que na base desta discrepância para a não procura de ajuda, apesar de serem detentores do conhecimento da existência e oferta dos GAPE, estão as crenças, os significados dificultadores, o estigma e o medo de repercussões profissionais futuras (Nogueira, 2017).

2. Determinantes da Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior

Os determinantes da saúde são fatores que favorecem ou ameaçam o estado de saúde do indivíduo ou da comunidade, apesar de poderem ser classificados na ordem do controlo individual, também ser caracterizados com propriedades ambientais, económicas ou sociais, como por exemplo a classe social, o género e a etnia, o acesso à educação, a qualidade da habitação. Os determinantes relativos aos distúrbios mentais têm uma interferência causal que predispõem o aparecimento das mesmas e são classificados como de risco ou protetores. Os determinantes de risco associam-se ao acréscimo da eventualidade de aparecimento, maior gravidade e duração prolongada dos problemas de saúde mental. Por contraposição, os determinantes de proteção são condições que aumentam a resiliência dos indivíduos à vivência dos fatores de risco. Frequentemente, a concomitância de um conjunto de fatores de risco e suas repercussões juntamente com a ausência de determinantes protetores, tal como a inter-relação de ambos, predispõem o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Nogueira, 2017).

Analisar os fatores que influenciam a SM permite-nos compreender e adequar os cuidados prestados enquanto enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria. A definição de saúde mental proposta pela WHO (2005), referida no capítulo anterior, considera-se positiva e impulsiona aos profissionais de saúde na promoção da população “saudável” no sentido de intervir e potenciar a sua SMP, contribuindo, desta forma, para a prevenção e redução do impacto das doenças mentais (Lluch, 1999; Jeste et al., 2018). Assim, este subcapítulo apresenta uma revisão da literatura que agrupada em características sociodemográficas, clínicas, relacionais e académicas, os comportamentos de saúde, as variáveis psicoafectivas, dando o enfoque na interação concomitante entre as variáveis e os processos de influência das dimensões referidas.

2.1. Variáveis sociodemográficas e académicas

Tendo em conta o género, a literatura sugere que os géneros femininos tendem a apresentar níveis inferiores de saúde mental que se fazem acompanhar de maior sofrimento psicológico e sintomatologia do que o género masculino. Estas diferenças de

gênero são consistentes ao longo de vários países, como, por exemplo, o Canadá (Adlaf et al., 2001), a Noruega (Nerdrum et al., 2006) a Turquia (Üner et al, 2008) ou Portugal (Matos et al., 2012). Em Portugal, os dados disponíveis mostram que as mulheres manifestam mais dificuldades na adaptação pessoal, emocional e menor rendimento académico (Luz et al., 2010; Pimentel, 2014). Em contrapartida, as estudantes adotam com menor frequência condutas de risco para a saúde tais como os consumos de álcool, tabaco, drogas e o envolvimento em agressão física (Serras et al., 2010). A discriminação sexual e/ou a violência de gênero são preditores negativos de saúde mental ou sofrimento psicológico (Exner-Cortens, et.al, 2013).

Relativamente à idade, aquando da revisão da literatura escassos foram os estudos que relacionassem este fator com a saúde mental com os estudantes do ensino superior, sendo que apenas fazem menção existem estudos com adultos que sugerem que o bem-estar vai aumentando gradualmente desde os 18 anos até aos 25-26 anos (Schulenberg & Zarrett, 2006). Reconhecem também que nesta faixa etária prevalecem os diversos problemas que desencadeiam picos de prevalência, como as perturbações mentais, automutilação, distúrbio obsessivo-compulsivo e os primeiros surtos psicóticos (Storrie et al., 2010).

No que se refere ao ano do ciclo de estudos que frequenta, o Royal College of Psychiatrists (2011) desperta para a lacuna na compreensão da evolução do bem-estar no decorrer do progresso na permanência no ensino superior. Ainda assim, os poucos estudos disponíveis parecem indicar um decréscimo dos níveis de saúde mental e bem-estar ao longo do curso em EES desde a sua entrada no ensino superior até à sua saída (Adlaf et al, 2001; Bewick et al., 2010). Se por um lado, os estudos mostram que os estudantes mais novos sentem maiores dificuldades de adaptação que os colegas de anos subsequentes, mais stress e uma grande variedade de sintomas depressivos (Luz et al., 2009; Reyes-Rodríguez et al., 2012), por outro lado estudos transversais disponíveis parecem indicar um decréscimo do bem-estar e da saúde mental ao longo do curso (Bewick et al., 2010; Costa et al., 2008).

No que concerne à área de curso frequentado pelo estudante, parece haver uma escassez de dados que relacione a área de curso e os níveis de saúde mental dos estudantes do ensino superior. Os estudantes da área de saúde, em especial dos cursos de enfermagem e medicina, permanecem em vantagem como amostra para estudos sobre a sua saúde mental, e neste contexto, têm-se aglomerado algumas evidências de que os estes estudantes parecem ter pior saúde mental comparativamente com a população geral e do que colegas que não estudam nessa área (Dyrbye et al., 2006). Para além disso, os

estudantes de artes têm também sido identificados como tendo níveis baixos de saúde mental comparativamente com outros estudantes (Cooke et al, 2006). Em contrapartida, os estudantes dos cursos de engenharias têm-se destacado como sendo os que têm os níveis de saúde mental mais elevados (Turner et al.,2007).

No que diz respeito à residência que habitam durante a frequência de estudos, os dados encontrados relativos ao papel da situação de residência na saúde mental global e bem-estar dos estudantes apresentam-se como escassos e antagonistas. Existem investigações sobre os estudantes que permanecem na sua residência de origem manifestarem níveis mais elevados de bem-estar psicológico e de equilíbrio emocional, maior estabilidade afetiva, otimismo, confiança e melhores rotinas de estudo e de gestão do tempo (Seco et al., 2005), contudo outros estudos não concluem quaisquer diferenças entre deslocados e não deslocados (Adlaf et al., 2001).

Ser deslocado da sua residência inicial, parece ser condição de maior vulnerabilidade para a depressão em EES (Van Tilburg et.al, 2006), como preditor de depressão (Thurber & Walton, 2012) ou, mesmo como depressão reativa à saída de casa e afastamento das suas redes de suporte social e familiar (Souza et al., 2010). A explicação mais consistente para justificar estas diferenças atribui-se a variáveis relacionadas com a percepção e tipo de relação prévia entre o EES e ambiente familiar. A vivência da separação nem sempre é sentida ou percebida como negativa, sair de casa pode ser compreendida como motivação para o desenvolvimento da autonomia, se a relação familiar anterior se constituir num meio nutritivo (afetuosa, coesa e promotora de autonomia) (Barker, 2000; M. Souza & Baptista, 2008).

Os dados que concernem ao estatuto socioeconómico têm uma relação positiva com a SM, na medida em que aquele aumentando o financiamento melhoram os níveis de SM (Hudson, 2005). Os estudantes de estatutos sociais menos favorecidos tendem a ter níveis mais baixos de saúde mental e mais sintomas ou sofrimento do que os restantes estudantes (Nerdrum, et al., 2006). O desemprego, a precariedade, pouca furtividade e o *stress* laboral têm igualmente uma forte influência sobre as comorbilidades, a vulnerabilidade e a mortalidade precoce, traduzindo-se em tentativas de suicídio ou mesmo o culminar dessas tentativas. Por oposição, a estabilidade e satisfação laboral associam-se a níveis mais elevados de bem-estar e saúde mental (Patel & Kleinman, 2003; Alves & Rodrigues, 2010).

2.2. Comportamentos em Saúde

Segundo Ogden (2004), os comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo podem denominar-se comportamentos de saúde e têm impacto na qualidade da sua saúde. Kasl e Cobb (1966) propõem uma definição restrita, considerando que comportamentos de saúde são ações ou atitudes executadas por indivíduos que se percebem como saudáveis fundamentalmente para impedir o aparecimento de mal-estar ou doença (por exemplo, ter uma dieta saudável). Por sua vez, Nutbeam (1998) sugere que um comportamento de saúde é qualquer atividade implementada por um indivíduo, independentemente do seu estado de saúde real ou percebido, com intuito de promover, proteger ou manter a saúde, quer esse comportamento seja ou não realmente eficaz na obtenção desse objetivo.

Os jovens encaminham-se para a adoção de condutas pouco saudáveis de saúde, principalmente durante a fase de transição para a universidade, isto porque os estudantes passam por um período de independência e questionamento de valores, crenças e atitudes, o que pode acarretar mudanças no seu estilo de vida (Matos et al., 2014). No decorrer desta faixa etária, os riscos associados à saúde fixam-se, sobretudo, ao nível dos consumos de substâncias, acidentes rodoviários, gravidezes não desejadas e consequentemente interrupção voluntária da gravidez (IVG), VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis, que podem comprometer o planeamento de vida delineado até então ou até mesmo a própria vida dos jovens (Matos et al., 2014; Reis et al., 2013). As incidências destes eventos têm vindo sistematicamente a aumentar, em particular nos jovens adultos constituindo um problema de saúde pública, com consequentemente importância para o desenvolvimento de trabalhos de investigação (UNAIDS, 2016; WHO, 2011).

Relativamente à atividade física, esta pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que origine um consumo de energia com consequente aumento do consumo energético para além dos níveis de descanso (Biddle et al., 2015). A prática de um estilo de vida saudável associado à regular atividade física demonstram ter considerável impacto na saúde física e mental, possibilitando a relação positiva para a prevenção e promoção da SM (Clow & Edmunds, 2014).

Regra geral, as vantagens na saúde incluem atividade física reconhecida a partir da intensidade moderada, caracterizada pela elevação dos batimentos cardíacos e aumento o metabolismo do corpo de 3 a 6 vezes o nível de repouso. Contudo, a atividade física que reflete maior significância e benefícios psicológicos inclui o divertimento e prazer gerado

pela atividade, ou seja, terá o efeito de prazer para o praticante (preponderante aquando da escolha motivacional e da autodeterminação na prática) (Leal et.al, 2012; Giesta, 2016).

O humor sofre influências positivas com a prática de atividade física. A mudança física e a satisfação pela forma do corpo, a aparência e o sentir-se em forma parecem ser variáveis psicológicas que estão associadas às alterações nos níveis de humor, sendo que o envolvimento regular em contextos de atividade física parece potenciar a mudança para a forma como as pessoas se percebem fisicamente, de modo avaliarem-se mais positivamente relativamente à sua autoimagem, autoconceito e influenciando positivamente a qualidade de vida para o seu bem-estar físico e mental (APA, 2011; Clow & Edmunds, 2014; Rodrigues, 2012). Autores como Ferrara (2009) consideram que a comunidade universitária parece não ser regularmente ativa e que a atividade física dos EES parece diminuta, ao invés das atividades de confraternização e estudo que promovem um estilo de vida mais sedentário (Fontes e Vianna, 2009).

No que concerne aos padrões do ciclo de sono-vigília, a evidência refere que o bem-estar físico e psicológico é influenciado pela qualidade do sono (Wang et.al, 2019; Yan et.al, 2018), já que a má qualidade do sono tem um impacto significativo no comportamento e bem-estar físico e homeostático (Marguilho et al., 2014). O sono pode ser analisado, sob o ponto de vista da duração (quantidade de sono por noite) e da qualidade do sono, isto é, a satisfação percebida do sono pelo indivíduo (Campsen & Buboltz, 2017). A qualidade do sono destaca-se pelo seu dever essencial para o desenvolvimento cognitivo e emocional do ser humano (Lopes et.al, 2013; Yan et al., 2018), exercendo um papel essencial na limitação do *stress* físico e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Amaro & Dumith, 2018).

A qualidade percebida do sono pode ser dificultada pelo tipo de trabalho e a dedicação horária ao mesmo, tal como acontece com o tipo de atividade que os estudantes universitários precisam de abdicar diariamente (Benavente et al.,2014), sujeitos a horários de atividades letivas irregulares e provas académicas que podem afetar o padrão do ciclo de sono-vigília (Carvalho et al., 2013). De facto, existe uma relação forte entre o padrão irregular de horários de aulas acompanhados de sonolência diurna e uma diminuição da qualidade do padrão do sono noturno, revertendo-se no comprometimento da capacidade funcional, verificado no estudo de Amaro e Dumith (2018) com professores universitários.

Estudos revelaram que o sono parco, combinado com as frequentes saídas noturnas e a qualidade do sono influenciam o desempenho académico de estudantes universitários, testemunhando-se desigualdades quer pelo género quanto aos horários de sono-vigília

quer pelo estudante que vive fora da sua área de residência, apresentando horários de sono-vigília mais tardios durante a semana (Gomes et al., 2011). Os maus hábitos de sono frequentes, além de comprometerem o rendimento académico, devido à má qualidade do sono (Yan et al., 2018), acarreta um decréscimo no desempenho cognitivo e emocional (Benavente et al., 2014).

Gomes (2011) remete para uma elevada tendência da degradação dos hábitos de sono no decorrer do curso, além de discrepâncias entre géneros que sugerem as mulheres como *major* nos problemas de sono. Também um estudo na Universidade do Minho mostra que 64,8% dos EES reporta uma pobre qualidade de sono, verificando-se uma associação significativa entre esta variável, sintomas psicológicos e pior rendimento académico. Além disso, apenas 10,1% da amostra confirma ter recorrido a ajuda profissional devido a problemas associados ao sono (Lopes et al., 2013). Um estudo realizado junto dos estudantes de enfermagem revelou que 24,3% da amostra tem sonolência diurna e 63,2% considera ter pouca qualidade no sono (Silva et al., 2016).

Importa compreender do ponto de vista conceptual os Comportamentos Auto-Lesivos (CAL). O grupo de investigação que delineou o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio denominou os CAL como comportamentos sem intencionalidade suicida, que envolvem atos autolesivos intencionais, como, por exemplo *self-cutting*, projetar-se de um local relativamente elevado, a ingestão voluntária medicamentosa em doses superiores às posologias terapêuticas recomendadas, a ingestão de drogas ilícitas ou substâncias psicoativas com finalidade declaradamente autoagressivo, entre outros (Guerreiro, 2016).

Um histórico cumulativo de comportamentos autolesivos, especialmente comportamentos de alto risco, perceciona-se como uma dimensão de risco para a tentativa de suicídio mais plausível. Exemplos de comportamentos autolesivos de alto risco são atos que letalmente não foram fortuitos ou que teriam sido se não tivesse existido qualquer intervenção, incluindo métodos que estão tipicamente associados a uma probabilidade alta de morte, como enforcamento quando comparados com métodos menos severos de que são exemplo os cortes *self-cutting* (Spillane et al., 2019).

Estudos internacionais mostram que aproximadamente 20% dos estudantes do ensino superior referem já ter recorrido a comportamentos autolesivos pelo menos uma vez e entre 2 a 14% destes estudantes recorreram a estes comportamentos no ano seguinte de forma continuada (Swannell et al., 2014). Estes comportamentos estão também associados

a uma baixa tendência para procurar ajuda (Gollust et.al, 2008; Whitlock et al., 2011) e a um pior desempenho académico (Kiekens et al., 2016).

2.3. Vigilância em Saúde Mental

Um obstáculo comum na procura de ajuda prende-se com a desvalorização relativamente à doença. Os jovens, comumente, negam a presença de uma doença mental, ou assumindo, consideram que conseguem revolver tudo sem a ajuda de profissionais de saúde. Segundo Vidoureke e Burgage (2019), num estudo numa população de EES observou-se que o estigma sobre doenças mentais são uma das grandes limitações à sua deteção e tratamento, incidindo na relevância das práticas de educação e consciencialização para a redução do estigma, como a promoção da SM e Literacia em Saúde Mental (LSM).

Padecer de uma patologia mental não diagnosticada nem tratada poderá ter complicações vinculadas ao sucesso académico e aos relacionamentos sociais e afetivos destes indivíduos. Os impactos destas perturbações refletem-se no contexto económico, se ponderarmos o significado que a formação académica superior assume no contexto laboral do desenvolvimento e funcionamento das sociedades. Efetivamente, os estudantes representam um capital social valioso para o país, contudo da amostra de jovens que poderiam beneficiar de acompanhamento psiquiátrico apenas uma pequena percentagem procura ajuda nos serviços de saúde (Silveira, 2011).

Os estudantes denunciam múltiplos obstáculos para a retração da procura deste tipo de ajuda, nomeando a falta de tempo, a preocupação com a privacidade, o estigma associado e o medo de represálias e discriminação, a ausência da perceção da necessidade de tratamento e desvalorização da dimensão do problema e, por fim, o desconhecimento em relação à rede de serviços de saúde mental disponíveis no sistema nacional de saúde ou apoios no meio académico. Facilmente, os conflitos da ordem do rendimento escolar e isolamento pró-social poderão ser compreendidos como dificuldades de adaptação na transição e não como sinais ou sintomas de perturbação psiquiátrica grave. Posto isto, as instituições do Ensino Superior assumem uma responsabilidade acrescida na orientação dos seus estudantes, em articulação com os centros de referência de fácil acessibilidade na comunidade académica no combate aos sinais precoces de diminuição da SM (Mowbray, 2006).

Os Gabinetes de Apoio Psicológico (GAP) inseridos no contexto académico desempenham um papel fundamental na saúde mental dos estudantes, manifestando-se como o primeiro local de contacto com os serviços de saúde psiquiátricos, permitindo rastrear casos que necessitam de acompanhamento psiquiátrico de forma sistemática. A referenciação entre as instituições universitárias através do GAP e a consulta de Psiquiatria e Saúde Mental do estudante Universitário deve ser estabelecida no sentido de proporcionar as respostas mais apropriadas ao estudante e facilitar a comunicação. Os serviços devem ser caracterizados pelo fácil acesso, fornecer respostas atempadas, dispor de várias vias de entrada e contar com profissionais treinados no reconhecimento e tratamento das perturbações psiquiátricas (Mowbray, 2006).

Num estudo de Silveira (2011), um dos tópicos relatados na conclusão prende-se com o facto de 19% dos estudantes referenciados para a primeira consulta não comparecerem, para além dos 22% da amostra que abandonaram após um período de seguimento e dos 10% que não se apresentaram à uma segunda consulta. A difícil adesão da população-alvo, neste caso, pode dever-se a múltiplas causas como a noção de falta de tempo, preocupação com a privacidade, medo do estigma e ausência de perceção da necessidade de tratamento. Para além disso, tem sido reportado que dos estudantes que poderiam beneficiar de acompanhamento psiquiátrico apenas 25% da amostra procuram ajuda.

No que se vincula ao consumo de substâncias ilícitas, as particularidades próprias do ES não podem ser descuradas quando se debate a questão dos comportamentos de risco nos EES. Os jovens que apresentam comportamentos de risco no ensino secundário têm tendência a manter e/ou aumentar a sua frequência durante o seu primeiro ano no ensino superior, com especial incidência no aumento do número de parceiros sexuais e frequência do padrão de consumo de álcool e marijuana (Fromme et al, 2008).

De acordo com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2014), num estudo realizado na população geral residente em Portugal, entre os 15 e os 64 anos, as substâncias psicoativas ilícitas mais comumente utilizadas de forma trivial foram a *cannabis*, o *ecstasy* e a cocaína, com preponderância do consumo ao longo do ciclo vital. O universo populacional entre os 15 e os 34 anos, foi aquele que apresentou índices mais elevados ao nível de prevalência de consumos recorrentes ao longo da sua vida. No que reporta à amostra de indivíduos que, tendo consumido uma determinada substância ao longo da vida referem ter consumido essa dita substância nos últimos 12 meses, a

população jovem adulta (15 a 34 anos) apresentou números mais elevados às da amostra total para todas as substâncias classificadas (SICAD, 2014).

O consumo de substâncias, como tabaco, álcool e marijuana, demonstra-se uma adversidade associada a problemas sociais, financeiros e de saúde (WHO, 2014). Naquele que é considerado o espírito do ambiente acadêmico, passa a ser visível o consumo de tabaco sob a forma de fumar socialmente (Nolen-Hoeksema, 2004) bem como o consumo frequente de álcool (O'Malley & Johnston, 2002), podendo refletir uma noção de consumo de tabaco e álcool nesta população associado a um contexto ambiental que o favorece, bem como o experimentar e/ou iniciar o consumo de substâncias ilícitas (Davoren et al., 2015).

A *cannabis* é substância ilícita mais consumida entre a comunidade acadêmica (Balsa et al., 2013; Fotiou et al., 2014), todavia uma considerável variedade de substâncias está bastante difundida na população universitária que consome cogumelos, cocaína, ecstasy e LSD (Benson et al., 2015; Oliveira et al., 2013). O gênero masculino é um fator de risco de consumo da *cannabis*, e o seu consumo está associado ao baixo rendimento acadêmico, com conseqüente risco de depressão no sexo masculino dos EES (Large & Nielssen, 2013). Também relacionado com os consumos no ES está o policonsumo no decurso do consumo concomitante de substâncias, isto é, um estudante que consome determinada substância, poderá pelo efeito cumulativo experienciar e/ou adotar o consumo de outras substâncias (lícitas ou ilícitas) (McCambridge et al., 2010). Estes policonsumos poderão ser observados pelas vinculações significativas entre o consumo de tabaco, marijuana simultaneamente com o consumo de álcool (Mostardinha, 2018).

Os consumos de substâncias geram efeitos nocivos para a saúde e desempenho acadêmico (DGS, 2015; Nemer et al., 2013), e são inúmeros os motivos que intensificam os EES a adotar este tipo de comportamentos. Alguns desses motivos prendem-se com a utilização de mecanismos evitantes ou compensatórios como atenuação do seu mau estar ou sofrimento, com o objetivo de gerir as diversas fontes de *distress* a que se expõe, como a frustração, a solidão, a pressão da competição acadêmica, social e familiar e, os conflitos e ambivalências (dependência vs independência, segurança vs risco, estudar vs festejar) (Burriss et al., 2009; Hamaideh, 2011). Por sua vez, os EES entram num ciclo de dependência direcionado tanto para o consumo para aliviar o sintoma como em consequência dele (Costa & Leal, 2008; Lamis et al., 2013).

O álcool é a droga psicoactiva mais utilizada pelos estudantes universitários, sendo comum encontrar abusos no seu consumo (Sousa et al., 2018). Inerentemente, a comunicação social em associação com a pressão dos pares promovem o aumento dos níveis de consumo sendo consensual não existir, entre os estudantes, a noção do consumo de álcool em elevadas quantidades tendo em conta a sua fatalidade ou as consequências futuras. Em circunstâncias de festejos académicos é considerável a percentagem de estudantes universitários que recorrem ao denominado *binge drinking* (ingestão rápida e consecutiva de cinco bebidas [rapazes] ou quatro [raparigas]) para atingirem velozmente o estado de embriaguez (NDNU, 2013).

O consumo excessivo de álcool apresenta repercussões na vida dos estudantes de que são exemplo, entre outros, as ressacas, necessidade de hospitalizações, o consequente medíocre desempenho académico, falha na assiduidade das aulas, ferimentos decorrentes de quedas e uma alimentação descuidada (Santos, 2011). Os efeitos poderão ser identificados de forma simples pelos docentes, através de comportamentos imprevisíveis e irresponsáveis em contexto de aula, uma diminuição do desempenho escolares, mas também pelo seu grupo de pares no decorrer de comportamentos desleixados, atitudes violentas e alteração do padrão de vigília e sono (NDNU, 2013).

Em Portugal, o fenómeno do consumo de álcool no ensino superior com a população universitária é comum e até maioritário. Entre 70 a 90% dos universitários portugueses são consumidores de álcool e cerca de 53% dos estudantes referem ter aumentado o seu consumo de álcool após o ingresso no ensino superior. As desigualdades de género no consumo de substâncias estão convenientemente documentadas em estudantes universitários, no que diz respeito ao género no consumo de substâncias é o sexo masculino que consomem mais substâncias e em maior quantidade (Jones et al., 2008; Johnston et al., 2014; Martins, et al., 2010; Pimentel et al., 2013).

2.4. Satisfação com o Suporte Social

O papel das interações que o indivíduo cria e conserva ao longo da sua história de vida espelham-se na construção de uma rede social que vai influenciar a sua participação ativa, a exploração e experienciação de eventos de vida multifacetados e ser uma condicionante

para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, autoconfiança e competência face a situações geradoras de *stress* (Seco et al., 2005).

As interações sociais vão-se desenvolvendo ao longo do ciclo vital. Aquando da entrada no ES ressalva-se a importância do grupo de pares como alicerce na vinculação de laços que fortalecem o sentido de pertença e integração a um coletivo pela aceitação e cumplicidade. Através do grupo de pares é possível desenvolver um sentido de comparação psicossocial, com a partilha de problemas e emoções, interesses, experiências e ideias. Assim é possível junto dos colegas adquirir novas estratégias de enfrentamento de crises nas transições que os jovens vivenciam no contexto do ensino superior (Carreiro et al., 2005).

Mais indispensável do que a transferência do suporte dado e recebido pelos pares (suporte efetivo) é aquele que o indivíduo avalia e reconhece como estando à disposição em caso de necessidade (suporte percebido). A percepção que o estudante tem acerca dos outros indivíduos como recursos disponíveis contribui para a autorregulação do seu *stress* (Priel & Besser, 2002). Posto isto, além da disponibilidade dos recursos, o sentimento de pertença a uma rede social concisa e a avaliação positiva que o indivíduo faz do apoio que lhe é prestado transforma-se na condicionante *major* para a percepção individual.

Tendo em conta que os estudantes se confrontam com diversas exigências e desafios na dimensão pessoal, interpessoal e académica, é de presumir que os recursos sociais, em especial os de suporte social, se constituam como peça fundamental nas situações de indução de níveis de *stress* mais elevados (Seco et al., 2005). Favorecer a integração e atividade social do estudante e potenciar o suporte oriundo das diferentes redes de apoio oferece-se como um desafio para um ensino superior com índices melhorados de qualidade.

A eficácia do suporte social tem uma relação positiva com a proximidade ao estudante, já que a sua recetividade depende da percepção que possui da flexibilidade e da eficácia desse apoio, bem como das características da sua personalidade. Os modelos de apoio entre pares, por exemplo o *Peer Support/Counselling* tem vindo a demonstrar-se como uma estratégia de apoio bastante competente para o estudante conseguir lidar com questões de adaptação. Com efeito, os jovens quando têm problemas recorrem mais facilmente a um par do que a um psicólogo ou psiquiatra, o que transparece a importância de que se reveste este tipo de apoio como fator de despiste e de encaminhamento dos problemas dos estudantes (Pereira et al., 2006).

Em contexto académico, o suporte social integra-se nos processos de transição de adaptação do indivíduo, nas demais vivências que o ensino superior proporciona. Investigações concretizadas com estudantes de Enfermagem salientam que para além do suporte social dos familiares e amigos, o papel do suporte providenciado pelo contexto académico no sentido da promoção da autonomia e autorrealização, recomendam-se como elementos essenciais para que possam lidar de forma adaptativa com as situações de stress com as quais se confrontam em ensinos clínicos (Sawatzky, 1998).

Segundo Custódio (2010), o suporte social trata-se de uma variável prévia ou simultânea à entrada no ensino superior e o seu efeito demonstra-se positivo, independentemente da presença de *stress*, aumentando o bem-estar emocional e físico dos indivíduos e por isso, diminui a possibilidade de efeitos negativos neste domínio. Defende-se que o suporte social tem efeitos em processos físicos e psicológicos que facilitam a adesão a comportamentos de promoção da saúde. Concomitantemente, considera-se que a integração social promove a construção de identidade e recursos para uma autoavaliação favorável, o que, por sua vez, proporcionará um aumento da perceção de autocontrolo e autoeficácia, reduzindo a experiência de ansiedade.

2.5. Satisfação com a vida académica

Pérez-Villalobos (2011) conclui que a satisfação com a vida, a apar da autoestima e do otimismo, se coaduna a uma menor prevalência de problemas de saúde mental no decorrer transição para o ensino superior. Contudo, a relação positiva entre a satisfação com a vida e os níveis positivos de saúde mental não respeita se demonstra apenas no período de transição, ao invés mantém-se durante a frequência do curso. Zhang et. al (2014), vieram evidenciar que níveis mais consistentes de satisfação com a vida se relacionam com a menor prevalência de depressão e de ideação suicida em estudantes do ensino superior, enquanto Cazan (2015) observou que níveis menos favoráveis de satisfação com a vida se associam a maiores probabilidades de desenvolver síndrome de *burnout* académico.

A satisfação com a vida, considerada um indicador do funcionamento psicológico positivo do indivíduo, figura uma medida de avaliação global das condições de vida em geral (Seco et al., 2005). Se a satisfação académica se consagra numa das dimensões importantes no processo de interação entre a instituição e o indivíduo (Schleich et al., 2009), considera-se

pertinente que as instituições tentem perceber junto dos estudantes o seu grau de satisfação sentido em relação à instituição que os acolhem.

Araújo e Almeida (2010) defendem que a satisfação académica, na sua conceptualização teórica, demonstra a qualidade dos aspetos relacionados com a experiência académica dos estudantes que dependem de variáveis como a pertinência e qualidade do curso, estrutura organizativa do curriculum e sua atualidade, métodos pedagógicos utilizados no processo ensino-aprendizagem, qualidade das relações interpessoais entre estudantes e restantes membros do processo ensino-aprendizagem, condições proporcionadas pela universidade, resultados académicos, rendimento e sucesso académico, perspetivas profissionais do curso e desenvolvimento profissional do/a estudante.

A partir da perspetiva tridimensional sucintamente apresentada por Soares e Almeida (2010) consegue-se uma avaliação das componentes centrais da satisfação académica resultante da experiência universitária dos estudantes: a social, a institucional e a curricular. A social que se caracteriza pela qualidade das relações estabelecidas dentro e fora (incluindo docentes e funcionários, pais e outras figuras significativas, respetivamente) do contexto académico, a institucional que se relaciona com a satisfação relativamente às infraestruturas, aos equipamentos e aos serviços que a universidade disponibiliza ao estudante e a curricular que acarreta a satisfação com as atividades e características inerentes ao seu *curriculum*. As variáveis de natureza contextual, nomeadamente o curso que os estudantes frequentam e a sua participação em atividades extracurriculares, assumem ser as que maior influência exercem ao nível da satisfação com a vida académica, sobretudo, no âmbito das dimensões institucionais e relacionais da sua satisfação. Assim sendo, a avaliação da satisfação académica pode ser compreendida como uma medida do sucesso pessoal dos estudantes, bem como um indicador do sucesso institucional das próprias instituições de ensino superior (Candeias, 2018).

Em Portugal, salientam-se dois estudos no âmbito da satisfação académica no ensino superior de 2013. Ribeiro, Fernandes e Correia apresentaram na discussão de resultados do seu estudo os níveis da satisfação académica de estudantes do ensino superior português, tendo documentado que, no geral, a satisfação académica é elevada. Contudo, acautelam que em todas as dimensões consideradas, principalmente, a satisfação com o curso, a oportunidade e desenvolvimento, e a satisfação com a Instituição, são aspetos que devem ser tidos em conta numa intervenção futura para melhorar a relação entre a qualidade de ensino e o satisfação com a vida académica. Ainda no mesmo ano, 2013, Machado, Brites e

Sá, apresentaram o seu estudo no âmbito da satisfação dos estudantes de licenciatura no contexto do ensino superior português. Neste caso, foi solicitado o preenchimento de um questionário que compunha um conjunto de questões divididas pelas questões sobre os fatores de decisão de entrada no ensino superior e da escolha da instituição, questões sobre a importância e a satisfação dos estudantes do ensino superior em relação à dimensão académica, apoio académico, desenvolvimento pessoal, processos e serviços, matérias acerca das perceções globais da instituição e questões demográficas. Destaca-se como conclusão deste estudo o facto dos estudantes participantes e que frequentam a universidade ou instituto universitário de ensino público ou privado têm um maior índice de satisfação em relação aos que frequentam o Instituto Politécnico Público.

2.6. Acontecimentos de Vida Negativos

O indivíduo, ao longo do seu ciclo vital, experimenta alterações e vivencia eventos que influenciam as diversas dimensões que compõem a sua vida. Consequentemente, os estímulos que advêm dessas vivências poderão causar *stress*, ser interpretados como indesejáveis e interferir sobre o seu equilíbrio homeostático. Estas vivências nomeiam-se de acontecimentos de vida stressantes (Holmes & Rahe, 1967), evidenciados na conceptualização de disfuncionalidades e eclosão de acontecimentos de vida negativos (AVN) (Nilsson et al., 2012).

Segundo Sandín (2003), os acontecimentos de vida podem ser categorizados em três propriedades, tendo por base a perceção do indivíduo: os acontecimentos de vida, as tensões crónicas e as contrariedades quotidianas. Os acontecimentos de vida são enfatizados como situações que requerem reajustamentos radicais num delimitado curto período de tempo; as tensões crónicas que se referem a situações que requerem frequentemente reajustamentos durante elevados períodos de tempo; e as contrariedades quotidianas, compreendidas como acontecimentos de vida de menor importância que carecem de pequenos reajustamentos diários.

Apesar de não existir uma concordância entre os teóricos relativamente à definição do conceito dos acontecimentos de vida negativos, transversalmente, na literatura a sua classificação remonta para a presença de situações que transformam o curso do desenvolvimento exigindo, devido à complexidade do mesmo, um amplo leque de

estratégias de *coping* e diferentes graus de reajustamento (Johnson, 1982, citado por Compas, 1987). Tratam-se então, de acontecimentos de vida que alteram, ameaçam, danificam ou desafiam as capacidades físicas, psicológicas e sociais dos seres humanos, com efeitos tanto mais nocivos quanto a precariedade das estratégias de confrontação e recursos presentes no ambiente do indivíduo (Oliva et al., 2009).

Os acontecimentos de vida, só por si, não produzem alterações emocionais, mas sim a forma como são testemunhados pelo indivíduo. Segundo Sarason, Johnson e Siegel (1978) os acontecimentos de vida não se polarizam simultaneamente numa conotação positiva ou negativa, uma vez que o valor desta conotação depende da perceção que o indivíduo tem dos mesmos. Assim, um mesmo acontecimento poderá constituir-se como um fator de risco para a desorganização mental num determinado indivíduo, enquanto para outro, poderá não ter um impacto significativo no seu funcionamento. O nível de mal-estar percebido será tanto mais intenso quanto mais imprevisível e relevantes forem os acontecimentos para o indivíduo (Marshall, 2003).

O indivíduo exposto a eventos negativos tem uma reação de intensa excitação fisiológica, sentimentos de vulnerabilidade e estados afetivos negativos de que são exemplos a angústia, ansiedade, pavor, tensão, horror, vergonha e perda de controlo (APA, 2013). A evidência relata a relação negativa entre acontecimentos negativos na infância e dificuldades subsequentes nas relações interpessoais (Huh et al., 2014) assim como na dimensão do humor, sobretudo problemas mentais relacionados com ansiedade social e com a depressão (Kinderman et al., 2013; Negele et al., 2015), mas também com as perturbações de stress pós-traumático (Burns et al., 2010) e com tentativas de suicídio (Harford et al., 2014).

Na análise de um estudo de Campos (2017), os resultados sobre a perceção dos indivíduos aos acontecimentos negativos e doenças mentais, resultou num conjunto de exemplos de acontecimentos de vida percecionados como negativos que apresentam uma relação com o risco suicidário através do efeito da depressão. Estes acontecimentos de vida relacionam-se com a doença ou morte de um familiar ou amigo, problemas nas relações interpessoais e ainda um conjunto de variáveis que marcam alterações importantes nas condições de vida do indivíduo ao nível pessoal, social e económico. O número destes acontecimentos de vida percebidos como negativos, determina uma relação positiva com a intensidade percebida desse impacto negativo, aumentando o risco a que o indivíduo se expõe devido ao

potencial que essa percepção tem para gerar sentimentos negativos ou de incapacidade para lidar com as contrariedades.

3. O Estudante do Ensino Superior que vivencia as transições

Sob o ponto de vista da transição e adaptação ao ensino superior, a frequência no ensino superior consagra-se como momento crítico na vida do estudante, destacando-se o primeiro ano de entrada para o ensino superior e a possibilidade de gerar ou potenciar crises desenvolvimentais. De facto, os jovens adultos lidam simultaneamente com a finalização da adolescência e o início da vida adulta no seu processo de adaptação à universidade, na vivência do confronto de tarefas académicas (como a aquisição de novas metodologias de ensino, estudo e avaliação que requerem maior autonomia e responsabilização pessoal), sociais (novas dinâmicas relacionais com a família, colegas, professores e comunidade académica), pessoais (reconhecimento da identidade pessoal com perceção de autoconhecimento e maior autonomia da gestão da sua vida), vocacionais e institucionais (Almeida et al., 2000).

Em 1968, Erikson considerou a identidade como uma unidade que se modula longitudinalmente com o passado e inclui objetivos e planos no futuro. Esta unidade é reconhecida, pelo autor, como um aspeto desenvolvimental central para a faixa etária do estudantes do ensino superior. Nos seus estudos propõe que a adolescência prolongada designa-se como um fenómeno típico das sociedades industrializadas, nas quais é concedida uma moratória psicossocial aos jovens, ou seja, um período de experimentação livre que vai possibilitando ao jovem encontrar-se e encontrar o seu lugar na sociedade até se tornar/sentir adulto. Mais tarde, Levinson (1974) debruçou-se sobre os pensamentos anteriores de vida das pessoas na meia-idade, pedindo-lhes que recordassem os seus tempos de juventude e com base nos seus testemunhos desenvolveu uma teoria para a faixa etária compreendida entre os 17 e os 33 anos, nomeando-a como fase de principiante do desenvolvimento (*“novice phase of development”*). Esta fase teria como propósito fulcral a passagem para o mundo adulto e a construção de uma vida pessoal e social estável.

No decorrer dos últimos trinta anos, as mudanças socioculturais sucedidas nos países industrializados motivaram o aparecimento de um novo “período de vida” enquadrado entre a adolescência e a adultez. Recuando trinta anos na História, a grande maioria dos jovens, nos inícios da sua segunda década de vivência (entre os 20 e os 24 anos de idade), inaugurava, desde logo, o assumir de papéis concebidos para adultos, de que são exemplos o ingresso numa profissão estável e o assumir de compromissos familiares (conjugalidade e

parentalidade). O reconhecer de tais responsabilidades era um marcador expectável da sua transição para o mundo da vida adulta (Oliveira, 2008). A partir dos anos 70 do século XX, nomeadamente nas sociedades ocidentais, surgiu uma mudança de paradigmas económicos, históricos e sociais que alteram as conjeturas da transição para a vida adulta (Camarano et al., 2006; Mattos, 2013). Acontecimentos como a guerra do Vietname, a revolução do 25 de abril em Portugal, o golpe militar no Chile e a crise mundial do petróleo alteraram relações internacionais, normas sociais, estilos de vida, expectativas sobre o futuro e delimitaram o emprego dos mais jovens. Estes fatores despoletaram um atraso nos acontecimentos, compreendido até então como metas a atingir na transição para a vida ativa e adulta. Assim, a saída do ensino com consequente entrada no mundo de trabalho, o casamento e a constituição de uma família passaram a ser marcos cada vez menos comuns nos jovens, para dar lugar à continuidade dos estudos, a empregos temporários e precários, dificultando a estabilidade profissional e financeira da idade adulta. As dificuldades sentidas em estabilizar-se num determinado emprego duradouro levaram a que a aquisição das responsabilidades laborais e familiares tivessem experimentado um retrocesso de quase uma década no percurso delineado pelos jovens. Assim, o percurso de construção da identidade entendida por Erikson (1968) como fundamental da fase da adultez começa a estender-se pelo período de quase uma década (Mattos, 2013).

Um dos fatores de maior destaque nas variáveis de transição para a vida adulta relaciona-se com o investimento na progressão de estudos nos jovens. Compreende-se que esta progressão surge, indubitavelmente, como consequência do desenvolvimento do mercado laboral que, face à necessidade de mão-de-obra especializada, da globalização e da competitividade do mercado, os jovens tenham de desenvolver as suas competências técnicas para se demonstrarem preparados para as exigências do contexto laboral e destacarem-se na competição com outros colegas (Andrade, 2010; Dias, 2019).

Em Portugal, a partir dos anos 60, são perceptíveis as alterações ao nível da morfologia e composição da população estudantil do ensino superior, com a democratização da sociedade, com a abertura do acesso ao ensino superior a indivíduos oriundos de todas as classes sociais e à reformulação do processo de procura e frequência do ensino superior (Soares & Almeida, 2002). Estas transformações despoletaram um novo perfil do estudante do ensino superior, que até então consistia numa população maioritariamente do género masculino, provenientes de meios socioeconómicos elevados e considerados de um grupo elite da sociedade portuguesa. Ao longo de 30 anos, Portugal (dos anos 60 aos 90), viu o número de estudantes a frequentar o ensino superior quadruplicar. De acordo com os

números da Direção-Geral do Ensino Superior, o ano de 2008 foi o último a registar um aumento do número de candidaturas ao ensino superior, com 53,062 candidaturas, quase duas mil a mais do que as 51,472 registadas em 2007. Desde então, a tendência tem sido sempre a diminuir o número de candidatos, sendo que em 2013 foi o ano mais baixo de uma década, quando chegou aos 40,419 estudantes. No presente ano de 2015, verifica-se o inverso, pois houve um aumento das candidaturas (DGES, 2015).

3.1. Transição múltipla: A adaptação da saúde mental dos EES à luz da Teoria da Transição de Meleis

Meleis direciona nos seus estudos a Enfermagem com foco de atenção nas respostas dos indivíduos às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde e doença e/ou com processos de vida. Duas décadas depois, a investigadora completa esta ideia afirmando que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, intervêm e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar. Trata-se da exigência, por um lado, de lidar com as mudanças e com os desafios que ocorrem ao longo do tempo e, por outro, utilizar os seus mecanismos de autorregulação para se ajustar a essas realidades é uma propriedade inerente à vida (Brito, 2013).

A transição é reconhecida como a área de atenção dos enfermeiros quando esta afeta a saúde do indivíduo ou quando as respostas à transição são manifestadas produzem comportamentos relacionados com a saúde. As transições são compreendidas como experiências do indivíduo, descritas sobre um conjunto de respostas, ao longo do tempo, ajustadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas suas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, quer pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar. A vivência da transição exige, por isso, que cada pessoa englobe novos conhecimentos, altere comportamentos, redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto que integra (Brito, 2013).

Quando um estudante ingressa no ensino superior ou termina o seu curso e ingressa no mercado de trabalho, ocorre uma transição, isto é, o papel do sujeito foi alterado, tal como as suas responsabilidades, tarefas e relações. Para que ocorra o sucesso destas transições

foram desenvolvidos diversos programas com o intuito de enfrentar as diferenças entre os dois polos distintos, permitindo interações entre o indivíduo e o novo ambiente, como por exemplo os programas de orientação, as sessões de acolhimento de novos estudantes e os programas de desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal (Upcraft, 1989 cit. por Dias, 2015).

Num estudo realizado com 650 estudantes que ingressam pela primeira vez através da 1ª fase do Concurso Nacional de Acesso a uma universidade pública no norte do país, estes parecem mostrar níveis mais frágeis de autoconfiança ou preparação percebida para lidar com a transição no que respeita o estabelecimento de novas relações em contexto universitário, a integração em novos contextos sociais, ou a gestão pessoal do stress associado à experiência universitária e do distanciamento da família, bem como o assumir de responsabilidades e tarefas de vida quotidiana. Estes dados reforçam a importância de tomar em consideração variáveis prévias ao ingresso no ES, pessoais e contextuais, que podem explicar diferenças nas trajetórias de sucesso e adaptação (Casanova, 2020; Araújo, 2017; Araújo et al., 2016; Almeida et al., 2016)

Direcionar o ser adolescente em relação à adultez significa tornar-se adulto, isto é, atravessar um período no qual o EES tem que enfrentar um conjunto de tarefas exigentes para a sua evolução de identidade (Chow, 2010). Ultrapassar esta fase implica um processo de desenvolvimento e gestão de inúmeras expectativas e incertezas, nomeadamente sobre a imagem corporal e capacidade reprodutiva, a identidade sexual, a responsabilidade, a independência, a maturidade emocional e a escolha profissional. Estas tarefas favorecem sentimentos de ambiguidade, angústias e conflitos internos uma vez que se tratam de tarefas de estádios prévios de desenvolvimento podem não estão ainda concluídas, ou estão em níveis diferentes de consolidação (Dias & Fontaine, 2001). O tornar-se adulto é um processo exigente, que envolve o desenvolvimento gradual, transversal e simultâneo, das várias dimensões do indivíduo, sendo que cada etapa do processo tem elementos, objetivos e características que implicam a diferenciação dos diversos estádios. O senso comum remete para os primeiros anos da idade adulta como a maioridade civil, porém esta etapa é marcada por uma época de descoberta de si mesmo, de exploração individual e do mundo que o rodeia, aventura e exposição a novos ambientes, emoções e contextos (Arnett, 2007).

Na inauguração de vida adulta, a experimentação concorda aferir e integrar os diversos papéis, relações e escolhas que se encontram delimitadas durante a etapa anterior

(adolescência) e que devem ser implementadas através da criação de caminhos específicos para a sua implementação (Blos, 1985). O ingresso no ensino superior fornece ao jovem a ocasião de consolidar ou transformar os padrões de vinculação e as representações desenvolvidas acerca de si próprio e dos outros, através do estabelecimento de novas relações (Matos & Costa, 1996). O estabelecimento de interações com o meio envolvente é imprescindível ao desenvolvimento global, desde a infância, da personalidade bem como à realização das potencialidades humanas, sendo a orientação interna para o estabelecimento destas relações que dinamiza e motiva o comportamento. As capacidades cognitivas (de acesso ao conhecimento) e sociais (de contatos significativos e gratificantes com os outros) são necessidades básicas e primárias, assim como as necessidades fisiológicas, assumindo-se como fundamentais na realização do indivíduo como pessoa. As capacidades cognitivas são motivadas por meio do seguimento de projetos que evoluem no tempo e exigem execução de atividades intermédias, que dão sentido e articulam os meios e os fins a alcançar (Nuttin, 1965, 1980, citado por Abreu, 2002).

4. Saúde Mental Positiva

O conceito de SM+, com raízes nos movimentos de Higiene Mental na segunda metade do século XX surge pela primeira vez na Áustria por Jahoda (1958). A autora centrou-se nos diversos aspetos do autoconceito e valorização das competências pessoais como meio de enfrentamento das problemáticas do quotidiano. Lluh (2002) conceptualiza a noção de SM+ como um percurso dinâmico que envolve emoções tanto positivas, como negativas, pensamentos e comportamentos que promovem as qualidades próprias com o seu expoente na promoção de aptidões pessoais.

Embora o início da Psicologia Positiva remeta aos inícios do século XX, a conceptualização do conceito de SM+ apenas foi edificada em 1958 por Jahoda. Desde a sua inicial conceção multidimensional no documento monográfico: *“Current concepts of positive mental health”*, o conceito foi evoluindo, neste documento a SM+ destacou-se como um ponto de referência essencial para a concretização de uma abordagem da saúde mental sob o ponto de vista da perspectiva de promoção. A realização desta monografia acima mencionada teve origem nos Estados Unidos, quando em 1955 foi constituída a Joint Commission on Mental Illness and Health (Comissão Conjunta para a Doença e a Saúde Mental), sendo que o objetivo principal desta comissão seria concretizar um estudo integral da SM (Lluh, 1999).

Para compreender a base conceptual do conceito SM+, é necessário debruçar-nos sobre o investigador Martin Seligman, professor que fundou o Mestrado em Psicologia Positiva Aplicada na Universidade da Pensilvânia dos Estados Unidos. Para Seligman (2012), revogar as condições desfavoráveis não é suficiente para que se edifiquem as condições propícias a uma vida “ideal”, sendo que após um diagnóstico a medicação e a psicoterapia apenas servem para eliminar os sintomas negativos inerentes à doença mental. Lluh (2008) aborda o trabalho de Seligman na área da psicologia positiva como um ponto de referência na linha concetual no planeamento da construção do atual modelo de SM+. Os resultados obtidos nos trabalhos realizados por esta comissão serviram, por um lado para, de orientação para novas políticas de SM a nível mundial e por outro, para conceber o distúrbio mental como um fenómeno multicausal. Ainda neste documento, ressalva-se de forma imperativa a necessidade de conhecer e identificar os fatores que contribuem para manter e potenciar a SM+ no indivíduo (Lluh, 1999).

Ainda que carecido na literatura, de um modo geral, o conceito de saúde mental positiva (SM+) vem sido descrito como a capacidade que o indivíduo tem de disfrutar da vida, lidar e confrontar favoravelmente eventos da vida, sentir-se bem emocionalmente, ter valores éticos, estar conectado socialmente, assim como, manter o respeito pela cultura, equidade, justiça e dignidade social (Sequeira, 2015).

A SM+ configura-se sem uma definição completa ou exata, dada a sua inter-relação de fatores, entendendo a saúde mental como o estudo dos determinantes de proteção que são conferidos aos indivíduos, dotando assim este conceito de positividade. A capacidade para se perceber a si mesmo, reconhecer o meio e a comunidade como fatores facilitadores e envolver-se e adaptar-se a esta de uma forma otimista (Sequeira et al., 2014).

Em Portugal durante décadas, a SM+ foi pouco explorada, destacando-se conceitos como a qualidade de vida, o bem-estar, entre outros. A preocupação pela SM+ surge explicada como oposição à tendência de centrar a ciência nas patologias e nos aspetos disfuncionais, atribuindo escasso ou nenhum enfoque aos aspetos positivos do desenvolvimento. A sua conceptualização modificou-se no decorrer dos tempos, sendo que atualmente há uma preocupação com o bem-estar das pessoas, que antes era denominada como uma busca pela felicidade. Na opinião de Leite (2016), a perspetiva positiva da SM estuda o bem-estar, contudo dá enfoque a cinco características pessoais: a emoção positiva, o *engagement*, o sentido de coerência, os relacionamentos positivos e a realização pessoal.

De acordo com Zubrick e colaboradores (2015), os indicadores individuais de SM+ remetem para a presença de conexões sociais e um forte senso de autoestima. Os referidos indicadores incluem as medidas de sentimento de pertença, a autoestima, o enfrentamento, a autodeterminação e o controlo de qualidade de vida. Os mesmos autores verificam que os indicadores familiares podem incluir a saúde mental dos pais, a ausência de violência, a coesão familiar, o apego pais-filhos e a parentalidade de acordo com vivências familiares responsivas e adequadas ao crescimento, como a monitorização das atividades das crianças e o fornecimento de ambientes seguros para as crianças.

Os fatores genéticos, comportamentos e acontecimentos da vida, bem como o suporte familiar, da comunidade e ambientes sociais, podem simultaneamente desempenhar um papel na promoção do prazer da vida. No entanto, a SM+ vai além do prazer da vida, pois envolve muitos aspetos que são integrais à nossa SM, incluindo a forma como lidamos com os desafios da vida, a forma como experimentamos e expressamos as nossas emoções para funcionar e interagir com os outros, a conexão, o significado e o propósito pelos quais

regemos as nossas emoções e ações, bem como a nossa ponderação de equidade e respeito pelas diferenças dos indivíduos. Esses fatores, de uma forma isolada ou combinada, consistem em dimensões da SM+ e estão relacionados a vários desfechos de problemas desenvolvidos na saúde mental (Public Health Agency of Canada, 2009). A avaliação da SM+ e dos fatores associados em amostras clínicas e não clínicas são importantes para a compreensão dos mecanismos pelos quais fatores importantes e eventos de vida podem influenciar o nível de SM+ e a progressão de desfechos psicológicos adversos em indivíduos e populações (Vaigankar, 2018).

4.1. Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva de Lluch

Após quarenta anos da publicação do trabalho desenvolvido por Jahoda (1958), Teresa Lluch (1999) recuperou o modelo multifatorial da SM+ com o intuito de dar seguimento e utilidade no contexto da prática clínica. Assim, a autora com base na análise do modelo de Jahoda originou o Cuestionário de Saúde Mental Positiva (CSM+), incluindo alterações ao modelo de SM+ delineado inicialmente. Neste trabalho de recuperação, descrevem-se as características psicossociais, espelhadas nos seis fatores que influenciam o constructo da SM+ como a Satisfação Pessoal, a Atitude Pró-Social, o Autocontrolo, a Autonomia, a Resolução De Problemas e Auto Atualização e as Habilidades de Relacionamento Interpessoal (Lluch, 1999).

A Satisfação Pessoal (F1) diz respeito à valorização que a pessoa faz de si mesma e à atitude que encara consigo mesma e com a vida, e abarca quatro critérios específicos: o autoconceito, a autoestima, a satisfação com a vida e a perspetiva otimista do futuro. O autoconceito reflete a forma como o indivíduo se concebe a si própria, é de carácter evolutivo e denomina-se estável, mas não estático pois vai-se modelando ao longo do ciclo vital da pessoa. A sua componente descritiva permite ao indivíduo descrever as suas características pessoais como os atributos físicos, atitudes, comportamento e emoções, assim como reconhecer as próprias capacidades e limitações (Palacios e Zabala, 2009). Um indivíduo com o autoconceito objetivo e ajustado com a realidade é considerado um indicador preditor da SM+ e portador da habilidade de diferenciar entre o “eu real” e o “eu ideal”. Um indivíduo mentalmente saudável além de ter presente e de ser consciente do

seu “eu real” reconhece um “eu ideal”, que sem o afastar da realidade, orienta-o para o a identificação pessoal. A autoestima, por sua vez, é uma das componente que constituem o autoconceito e diz respeito às emoções e afetos que acompanham a descrição da própria pessoa sobre si, e engloba sentimentos e emoções que a pessoa tem de si mesma num processo de autovalorização e autoaceitação, implicando a aceitação geral do próprio *self*, apesar das suas virtudes e defeitos. Resumidamente, o primeiro fator do modelo SM+ atua na forma como a pessoa interpreta o mundo, o aceita e se relaciona com ele pelo que é considerada fundamental na saúde mental (Lluch, 1999).

A autoestima engloba a autoconfiança e autodependência. A autoconfiança menciona a atribuição a si mesma com as características de força, competência e capacidade, enquanto a autodependência reflete-se na convicção que a pessoa pensa depender unicamente de si mesma e dos seus critérios. A satisfação com a vida, por outro lado, é considerada uma das dimensões (dimensão cognitiva) que integra a estrutura dupla do bem-estar subjetivo ou emocional (Lluch, 1999; Siqueira e Padovam, 2008; Snyder e López, 2009).

A Atitude Pró-Social (F2) suporta a atitude de ajuda, apoio para com os outros e a aceitação dos factos sociais diferentes, demonstrando uma predisposição inata para as necessidades da sociedade onde está inserida sustentada numa atitude altruísta para responder perante objeto social, situação ou indivíduo. Segundo Lluch (1999) ter uma Atitude Pró-Social no quotidiano é essencial para o nascimento de relações interpessoais persistentes, assim não pode ser considerada num comportamento único, mas antes uma predisposição para o indivíduo se comportar mediante intenções, ações ou expressão verbal. A pró-sociabilidade trata-se do estímulo para beneficiar o outro irrefletidamente, sem motivações externas e sem esperar recompensas materiais ou sociais (altruísmo). Os comportamentos e pensamentos pró-sociais, mencionados anteriormente, modificam-se no decurso da vida, tendo em conta a presença e interação de aspetos do desenvolvimento humano dos quais fazem parte a idade, motivações, características da personalidade e transições situacionais (Koller e Bernardes, 1997).

O modelo multifatorial de Lluch aborda a questão da Atitude Pró-Social através do autoconhecimento que a pessoa depreende ter da sua predisposição para ajudar aos outros de forma altruísta, refletindo nas necessidades dos outros para além das próprias, assim como conhecer, aceitar e respeitar que não todo o mundo pensa ou se comporta da mesma forma, demonstrando-se um projeto contínuo de qualidades promotoras do crescimento individual. Como ser social, o ser humano necessita de viver em sociedade

para sobreviver, tornando-se basilar dissipar atitudes que se demonstrem baseadas em egocentrismo, egoísmo e das crenças errôneas que o reduzem a um ser que só pensa nas próprias necessidades ou desejos. A compaixão respeito mútuo entre indivíduos são fundamentais para relacionar-se de forma saudável e positiva com o ambiente e a sociedade (Alves, 2018).

O autocontrole (F3) é o terceiro fator do modelo multifatorial de SM+ delineado por Lluch (1999). Segundo a CIPE (2019), o autocontrole define-se como “Volição: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida”. Na visão de Lluch, o autocontrole foi definido como um equilíbrio emocional e a capacidade para lidar ou gerir o *stress* em situações de conflito para ter uma atitude resiliente em momentos de ansiedade e/ou o *stress*. Além de monitorizar a conduta, o autocontrole permite gerir os pensamentos e emoções associados ao acontecimento, isto é, perante situações de *stress*, o indivíduo antes de atuar repentinamente, é capaz de observar a situação, ouvir a “voz” dos seus pensamentos, sentir as suas emoções e pensar quais os riscos e benefícios da ação que o nosso corpo ou mente deseja ter nesse determinado momento. Ser munido de autocontrole demanda não atuar segundo os impulsos ou instintos, ao invés trata-se de cada indivíduo acreditar e ser consciente dos seus processos mentais e emocionais, sendo preciso fortalecer essa faculdade mediante diferentes técnicas (Fujita, 2011).

A autonomia (F4) é considerada um dos objetivos principais da maior parte dos programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial. Trata-se de um dos fatores originais do modelo multifatorial de Jahoda (1958) que permanece igual nos termos da análise realizada por Lluch (1999). Esta faz referência à relação da pessoa com o seu contexto ambiental e considera-se baseada num concordância entre autodeterminação e independência. A CIPE (2019) debruça-se neste conceito como o “direito do cliente: status de auto governação e auto-orientação”. Lluch (1999) refere que um indivíduo autónomo no seu perfil de decisão pessoal é capaz de regular o próprio comportamento, de desenvolver critérios para a deliberação, de ter segurança pessoal e autoconfiança. Ao longo da revisão da literatura, parece ser unanime entre os investigadores que os valores, necessidades, crenças ou objetivos pessoais permitem ao indivíduo comportar-se de determinada forma ou tomar decisões perante determinadas situações. Ao longo da sua vida, o indivíduo atravessa um processo de independência em relação ao mundo que o rodeia, fortalecendo o seu comportamento e conduta tornando-os mais estáveis e menos flutuantes em relação às influências sociais ou ambientais. Tomar decisões passa a ter uma conotação de

discriminação consciente dos fatores ambientais, pessoais ou sociais que a pessoa deseja aceitar ou rejeitar, e assim, implica direcionar as próprias ações baseadas no autorrespeito e autoconfiança (Lluch, 1999; Jahoda, 1958). Para se ser autónomo tem de haver uma participação ativa nas diversas dimensões da vida pelo que é imperativo desenvolver segurança e confiança pessoal, não depender dos outros para poder decidir ou atuar, o seu locus de controlo interno é mais influente do que o externo, permitindo a serenidade e felicidade em situações ambientais pouco favoráveis (Lluch, 1999).

O indivíduo que procura desenvolver a sua autonomia não aceita prontamente as influências, estereótipos ou normas sociais, sem inicialmente as questionar, num confronto com os seus ideais e significados já adquiridos até então, assim desenvolve uma opinião baseada nos próprios valores, crenças, objetivos pessoais ou necessidades e, segundo estes, irá situar-se num equilíbrio entre as exigências sociais e os seus próprios critérios. Tendo em conta a sua relevância, é recomendado que a criança desenvolva a sua autonomia, promovendo o desenvolvimento de critérios pessoais, autoconfiança, seguridade pessoal e autorregulação da própria conduta que a ajudarão nas diversas etapas ao longo da vida (Lluch, 1999).

O quinto fator da SM+ trata-se da Resolução de Problemas e Realização Pessoal (F5). No decorrer do ciclo vital, os indivíduos experienciam situações prazerosas e positivas, contudo também frustrações e acontecimentos negativos que serão necessários solucionar para conseguir um funcionamento ótimo na sua visão holística. Este critério de SM+ implica ter capacidade de análise e de tomar decisões, assim como ser capaz de ajustar-se às mudanças tendo em vista uma atitude de crescimento pessoal. A predisposição para resolver situações problemáticas que surgem nos diferentes processos da vida social, laboral e sentimental implica ter a capacidade para tomar decisões que promovem as estratégias direcionadas à solução da dificuldade ou ao ajusto do indivíduo à nova realidade. Estas estratégias dependem de cada indivíduo e podem ser considerados determinantes para a avaliação da sua saúde mental (Lluch, 1999).

Segundo Jahoda (1958) a resolução de problemas deve ser considerada um processo em si mesmo e não deve estar focada unicamente no resultado final. Para que este processo se manifeste idóneo na resolução satisfatória de problemas, são sugeridos alguns passos fundamentais, dos quais: Iniciar o processo através do seguimento de uma sequência temporal das etapas que nos guiam à resolução, desde a análise do problema, na busca de possíveis soluções, seguida toma de decisões e finalizando a implementação da estratégia;

Ao longo do processo é fundamental ter uma atitude de motivação favorável no processo de resolução, caso contrário a solução dos problemas será realizada de forma incorreta com a conseqüente interrupção do processo mencionado no ponto anterior. Torna-se essencial optar por lidar com os problemas de forma direta ao invés da indireta, por exemplo se uma pessoa não gosta do trabalho a posição direta seria mudar de trabalho enquanto a indireta poderia ser realizar atividades prazerosas no tempo livre para se abstrair do problema principal. Em síntese, a realização pessoal é imprescindível na resolução dos problemas e na adaptação às novas situações, podendo ser considerada a força ou motor que gera o desejo de crescimento e superação pessoal (Lluch, 1999).

As Habilidades de Relacionamento Interpessoal, o último fator da SM+, coadunam-se com a habilidade do indivíduo em estabelecer relações interpessoais nas quais o indivíduo seja capaz de estabelecer relações empáticas onde procura compreender os sentimentos dos outros, apoiando-os emocionalmente e estabelecendo e mantendo relações interpessoais íntimas. Este fator e a Atitude Pró-Social estão intimamente relacionados através de uma predisposição dinâmica que aponta para o social ou atitudes de ajudar para com os outros, o indivíduo que não comporta estas características dificilmente irá ser capaz de prestar apoio emocional ao outro, de compreender os seus sentimentos e de estabelecer relações interpessoais íntimas satisfatórias. O ser humano enquanto ser social, em contínua interação com os outros, orienta as suas habilidades sociais de modo a transmitir e comunicar o que deseja, de forma inequívoca, aos outros indivíduos, assegurando-se de que o recetor escuta, compreende o conteúdo da mensagem e adapta a interação em função da resposta do interlocutor, num debate de ideias capaz de promover uma relação favorável (Lluch, 1999).

Sequeira e Lluch (2015) no sentido de fortalecerem a SM+ na vida pessoal de cada um, enunciaram recomendações essenciais para utilizar no quotidiano de modo a ajudar os indivíduos a fortalecer os seus dias com pensamentos positivos: (1) Valorizar positivamente as coisas boas da vida (a nível pessoal e profissional); (2) Colocar “carinho” nas atividades da vida; (3) Não ser muito duro consigo mesmo e com outros (a tolerância, compreensão e flexibilidade são benéficos para a saúde mental); (4) Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal; (5) Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles acontecem; (6) Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e dos sentimentos menos bons); (7) Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente; (8) Tentar resolver os problemas quando eles

surgem; (9) Cuidar das suas relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntima como as de trabalho; (10) Fazer uso frequente do sentido de humor na vida.

Mobilizando a variável da pandemia COVID-19 para complementar o presente estudo, será importante compreender os pressupostos que Lluch-Canut (2021) enuncia como indicadores de alerta, decorrente suas recentes avaliação de SM+, para a vivência de eventos negativos oriundos desta nova realidade. Sendo assim, embora seja essencial aceitar que todos os pensamentos e sentimentos positivos e negativos fazem parte de uma mente saudável, a sua duração, a intensidade, a frequência, a incapacidade, a diferença no padrão habitual de resposta do indivíduo e as consequências, são indicadores de limite alerta para o ponto de corte para o declínio da SM+.

A duração diz respeito ao tempo em que uma reação ou um sentimento, especialmente de natureza negativa e bloqueadora, se prolonga, levando o indivíduo a pensar que talvez algo não está a correr como o desejado. A intensidade da resposta remete para a perda de autocontrole que a pessoa tem sobre as suas reações emocionais, indicando ao indivíduo que algo não está certo. Embora seja importante viver e sentir todos os tipos de sentimentos e pensamentos, se a sua frequência for maioritariamente de caráter negativo e frequente, será necessário prestar atenção especial a estes indivíduos pelo risco que acarretam. A incapacidade é traduzida pelas respostas emocionais e/ou pensamentos do indivíduo que afetam o desenvolvimento das necessidades básicas (dificuldades para dormir , perda de apetite, desinteresse pelo mundo que o rodeia) e impedem a funcionalidade da pessoa, conferindo-se um indicador de SM. A diferença no padrão de resposta habitual do indivíduo traduz-se quando a reação ou resposta emocional que a pessoa tem é muito diferente da forma usual que a mesma pessoa responde, contudo em determinadas ocasiões, respostas emocionais ou comportamentos que não fazem parte de seu padrão de resposta "habitual" podem surpreender a maioria das pessoas e é necessário ajudar a interpretar que embora a reação possa parecer estranha pode ser interpretada como aceitável. O sexto e último elemento dos limites de alerta diz respeito às consequências, quando a resposta emocional ou o comportamento da pessoa pode ter consequências negativas para si ou para os outros indivíduos, devemos avaliar conjuntamente com o indivíduo a ética e a moral das suas ações. Esses "indicadores de limite de alerta de saúde mental positiva" não são de natureza diagnóstica, mas atuam como sinais de alerta para indicar que, se isso acontecer, o indivíduo deve consultar um profissional de saúde mental (seja enfermeiro especialista em saúde mental, psicólogo ou psiquiatra).

5. Vulnerabilidade Psicológica

Considerando os eventos próprios da transição da adolescência para o papel de jovem adulto com as específicas alterações biopsicossociais, a entrada no ensino superior proporciona novas relações sociais e adoção de novos comportamentos, tornando os jovens vulneráveis a condutas de risco para a saúde, já abordados no capítulo dois do presente documento.

A vulnerabilidade psicológica refere-se às crenças cognitivas desenvolvidas para a autoestima dependente do sucesso ou aprovação externa. A dependência do indivíduo em relação às suas realizações e opiniões de outros indivíduos torna a noção da sua autoestima num objeto frágil para mudanças de vida que afetam significativamente o comportamento para desenvolver os seus objetivos pessoais (Sinclair & Wallson, 1999). Considerando a combinação de conceitos de aprovação e conquista social, destacados na definição conceptual de vulnerabilidade psicológica, a componente social em que o indivíduo está inserto pode afetar seu esboço psicológico de vulnerabilidade. Assim, pode afirma-se que os grupos desfavorecidos estão mais propensos ao risco em termos de vulnerabilidade psicológica, tendo reações de confrontação incompetentes e dificuldades na resposta social para lidar com as situações de *stress* a que estão expostos com mais regularidade (Kessler, 1979). Por outro lado, a vulnerabilidade inclui as cognições desenvolvidas pelo indivíduo com base em aprovação externa, assim os indivíduos que se mostram hipersensíveis ao *feedback* externo podem ser mais frágeis na perceção psicológica (Vendedor, Kayış e Akın, 2013).

Zubin e Spring (1977), mencionam nos seus trabalhos de investigação a vulnerabilidade psicológica como o resultado natural do ser humano e cada indivíduo era dotado de um grau de vulnerabilidade potenciador de problemas psicológicos em casos de experiências stressantes. O seu estudo, fundamentado nos estudos produzidos, faz referência à vulnerabilidade psicológica indicativa de uma relação positiva entre esta, o afeto negativo e sintomas depressivos. Por outro lado, a vulnerabilidade psicológica é documentada como negativamente correlacionada com afeto positivo, satisfação com a vida, otimismo e autoeficácia (Sinclair & Wallston, 1999). Na revisão da literatura, é possível também encontrar estudos que sugerem a existência de uma ligação entre a vulnerabilidade psicológica e os construtos adaptativos que estão profundamente relacionados com bem-estar subjetivo de que são exemplo a satisfação com a vida e a segurança social (Satici, Uysal, Yilmaz, & Deniz, 2016; Uysal, 2015).

Sinclair e Wallston (2010) basearam o conceito de vulnerabilidade psicológica em crenças ou crenças prejudiciais e atributos disfuncionais, isto é, trata-se de esquemas cognitivos negativos da forma como cada *persona* se vê, no espaço de interação com os outros, na resposta de regulação ao *stress* e na capacidade de atingir objetivos compreendida na reflexão da dependência de fatores externos de aprovação. Esta concepção reflete uma predisposição para clarificar a informação subjetivamente, de forma adulterada e negativa em presença de situações percebidas como stressantes. Os esquemas negativos tornam os indivíduos mais expostos ao *stress*. Por sua vez, tanto a dependência, que se opõe à convicção no valor próprio e nas qualidades interiores, como a negatividade, influenciam as emoções e as relações interpessoais e, por sua vez, o bem-estar emocional (Negele et al., 2015).

A ideia descrita anteriormente é fundamentada no modelo de vulnerabilidade psicológica construído a partir da Teoria Cognitiva de Beck, cujos pressupostos assentam na ideia dos comportamentos e das emoções dos quadros depressivos como determinantes pelas crenças subjacentes e resultam da tríade cognitiva (ideias negativa sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro) denominada como responsável principal pelo humor disfórico (Beck et al., 1990). A vulnerabilidade psicológica tem sido investigada como um forte preditor de depressão (Sinclair & Wallston, 2010), associando-se também à reatividade emocional, dificuldade de aquisição de conhecimentos e de controlo de impulsos, ao pensamento ruminativo e à hostilidade no estabelecimento das relações familiares e sociais (Negele et al., 2015; Wright et al., 2009). Os esquemas cognitivos são moldados por eventos negativos precoces, normalmente relacionados com a má experiência de parentalidade (vivência de comportamentos desfavoráveis no meio familiar) (Binelli et al., 2012), a ruptura de relação das figuras significativas, problema social prolongada com consequente ausência ou déficit de apoio social e as relações sociais pobres ou desajustadas (Rutter, 2012).

As circunstâncias descritas parecem potenciar a propensão dos indivíduos mais vulneráveis a perturbações emocionais, de componente ansiosa e depressiva em indivíduos adultos. As vivências divergentes e o ambiente familiar disruptivo durante o decorrer da infância tornam a pessoa mais vulnerável ao *stress* e aumentam a probabilidade da aquisição do diagnóstico de ansiedade generalizada nos adultos (Goldstein et al., 2010). Consecutivamente, as pessoas identificadas com síndrome depressiva denotam um padrão de expectativas de desempenho considerado notório, que conduz a uma maior noção de

fracassos e de poucos sucessos, uma vez que foca a atenção exclusivamente nos eventos negativos, tendendo à sua autoavaliação negativa (Gonzalez & Pais Ribeiro, 2004).

Ao longo da revisão da literatura, é possível concluir que a vulnerabilidade psicológica não tem sido explorada no contexto dos EES, embora exista evidência da sua influência preditiva na depressão e no colapso psicológico (Haeffel et al., 2008), pouco se conhece sobre a relação entre vulnerabilidade psicológica e a saúde mental em EES. Debruçar a investigação sobre este conhecimento é importante, já que a vulnerabilidade psicológica se opõe ao desempenho adaptativo e à crença no valor próprio, aspetos esses que tornam os estudantes mais suscetíveis, subordinados e focados em processar e ruminar em pensamentos negativos (Goldstein et al., 2010). Atendendo que os esquemas cognitivos se firmam ao longo da adolescência e permanecem relativamente estáveis no adulto, embora mutáveis designadamente em transições marcantes (Haeffel & Hames, 2013), estudar vulnerabilidade psicológica em EES oferece uma oportunidade efetiva de intervir e incrementar a sua saúde mental.

Identificar e analisar a relação dos fatores de risco para o bem-estar psicológico ou vulnerabilidade psicológica relativamente à depressão provou ser exequível. Alloy e colaboradores (1999) utilizaram valores de pontuação da escala de atitudes disfuncionais e da escala de estilos de resposta (Nolen-Hoeksema, 1987) para reconhecer prospectivamente os estudantes universitários que se demonstravam mais dispostos a desenvolver episódios depressivos *major* durante um período até dois anos. O uso desta abordagem permitiu referenciar os alunos em risco de doença mental e que poderiam beneficiar com iniciativas psicoeducativas orientadas para a prevenção. Assim, este estudo permite compreender que é necessário consolidar a atitude de resiliência do estudante, bem como a sua capacidade para lidar com eventos menos favoráveis da sua vida, o tipo de eventos que frequentemente precipitam o início ou recorrência de episódios depressivos (Thomas, 2012).

Uma das teorias da vulnerabilidade psicológica mais proeminentes, assente nos modelos de *stress* e da depressão, é a teoria da desesperança (Abramson et al., 1989). De acordo com esta teoria, a ideia de vulnerabilidade psicológica está vinculada ao estilo cognitivo negativo e é caracterizado por: atribuir eventos negativos a estáveis e globais causas, percecionar os eventos negativos como geradores de consequências com impacto avassalador e inferir características negativas sobre o *self* após eventos negativos. Nesta teoria, o desespero

surge em discussão por se demonstrar consistente como um preditor de ideação suicida, tentativas de suicídio e consumação do suicídio (Beck et al., 1979).

Num estudo realizado na Sakarya University Faculty of Education a 396 alunos do ensino superior, este discutiu resultados do modelo estrutural de ensino em vigor, onde provou haver uma relação causal entre a autoeficácia emocional, a resiliência e a vulnerabilidade psicológica em estudantes universitários, afirmando que estudantes universitários com elevada autoeficácia emocional têm altas resiliências e baixos níveis de vulnerabilidade psicológica (Çutuka, 2019).

A evidência realça a importância da vulnerabilidade psicológica dos indivíduos na sua juventude para desenvolver alterações emocionais podendo resultar em doenças mentais com repercussões para a sua vida (Vaillant, 2012), crescendo as evidências de que promover e proteger a saúde mental dos jovens traz benefícios não apenas para a sua saúde, a curto, médio e longo prazo, mas também tendo em conta a economia e a sociedade, com jovens adultos saudáveis capazes de trazer contribuições maiores à força de trabalho, famílias e comunidades e a sociedade como um todo (Portugal, 2019).

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. Metodologia

Posteriormente à realização da revisão da literatura relativamente àqueles que são os focos principais do presente documento, pode considerar-se que esta será a reflexão de uma melhor explanação da justificação do estudo, da sua finalidade e objetivos, bem como a determinação da metodologia adotada. Assim, o presente capítulo abordará todos estes elementos que permitiram desenvolver o trabalho de investigação apresentado pelo presente trabalho.

Conforme o documentado por Fortin, Côté e Fillion (2009), a metodologia da investigação pressupõe, concomitantemente, um processo racional e um conjunto de diferentes meios ou técnicas para a realização da investigação, tendo em vista a possibilidade de dar resposta aos objetivos e às questões de partida desta investigação. Assim, será realizada uma abordagem, nos subcapítulos seguintes, da contextualização e justificação do estudo, da sua finalidade e objetivos, dos procedimentos referentes à avaliação dos níveis de Saúde Mental Positiva e Vulnerabilidade Psicológica e das informações relativas ao estudo metodológico e descritivo-correlacional (questões de investigação, variáveis, população e amostra do estudo, técnica de colheita de dados, e análise e tratamento dos dados).

1.1. Contexto e Justificação

Durante a frequência do ensino superior, ocorrem múltiplas mudanças desenvolvimentais e académicas, desafios e incertezas quanto ao percurso académico e profissional que podem contribuir para que os estudantes do ensino superior constituam um grupo mais exposto e vulnerável á ocorrência de problemas de saúde mental e eventualmente com risco aumentado para os comportamentos suicidários. A frequência do ensino superior marca o início de um processo de transição para o mundo do trabalho e para a autonomia própria do jovem adulto. Este processo tem lugar numa fase crucial do desenvolvimento global do estudante, uma vez que as suas preocupações e problemas se traduzem pelas dificuldades na resolução das tarefas normativas de desenvolvimento, características da fase em que se encontram (transição da adolescência para a idade adulta) (Ordem dos Psicólogos, 2018).

Na atualidade a SM apresenta um papel crucial no funcionamento das sociedades e na própria saúde física e global das pessoas. Os problemas de SM conduzem a custos elevados, tanto diretos como indiretos que podem exceder os 4% do Produto Interno Bruto nacional, não apenas em despesas com tratamento médico e reabilitação dos doentes, mas também em cuidados continuados, co-morbilidades, perdas de produtividade, incapacidades ou morte prematura (Portugal, 2019).

De modo a compreender o culminar da instalação de uma doença mental nos estudantes, procedeu-se à exploração da sua vivência da promoção da saúde mental no seu nível ótimo. Assim, a necessidade deste estudo emerge pela constatação dos escassos dados na literatura portuguesa sobre a avaliação dos níveis de saúde mental positiva e vulnerabilidade psicológica na população que frequenta o ensino superior.

1.2. Desenho e Tipo de Estudo

Tendo em conta as características do presente estudo, este pode ser caracterizado como um estudo **quantitativo** – *recorre-se a técnicas quantitativas na medida em que se recorre a meios para sumariar, de forma numérica, grandes quantidades de informação com vista a obtenção de descrições, relações e explicações estatísticas com recurso a métodos variados* (Coolican, 2004), **analítico-correlacional** – *por ser o tipo de pesquisa que procura explorar relações que possam existir entre variáveis com exceção da relação de causa-efeito*. Por outro lado o estudo das relações entre variáveis é **descritivo** porque não há a manipulação de variáveis, sendo a predição o tipo de relação mais frequentemente estabelecida (Fortin, 2003), **transversal** – *considerando a dimensão tempo, em que cada indivíduo é avaliado apenas num único momento e são comparados grupos de pessoas com base nas suas características* (Prince, 2003).

1.3. Amostra

A população deste estudo é constituída pelos EES Portugueses. A seleção da **amostra** orientou-se por princípios **não probabilísticos** - *apesar deste tipo de amostragem não ser representativo da população, recorre-se a ela quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência*. Por outro lado,

este processo amostral não garante que a amostra seja representativa, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria (Prince, 2003). Trata-se de uma **amostra de conveniência accidental** uma vez que todos os alunos da ESEP foram convidados a participar no inquérito e através da divulgação pelos meios de comunicação, nas redes sociais, para os estudantes do ensino superior. Embora as amostras probabilísticas sejam as mais desejáveis, pela capacidade de oportunidade igualitária para os indivíduos, a amostra não probabilística pode ser usada com êxito em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais, identificar aspetos críticos do que propriamente a amostra representativa concreta (Correa, 2003).

Constituem o universo deste estudo os 516 EES, que frequentam uma Instituição de Ensino Superior Nacional, que cumpriram os seguintes requisitos:

- a) ter idade superior ou igual a 18 anos;
- b) desejar participar voluntariamente no estudo;
- c) preencher o questionário on-line na íntegra.

Os critérios de exclusão da amostra:

- a) inquéritos não preenchidos na sua totalidade.

1.4. Instrumentos de Recolha de Dados

Para este estudo foram abordadas diferentes vertentes com uma base que se coaduna: o estudante do ensino superior. Assim será abordada a sua saúde mental através dos níveis de saúde mental positiva e os níveis de vulnerabilidade psicológica. Importante é também conhecer as principais características da população em estudo, como sejam o curso e ano que frequenta, que escolhas fez quanto ao curso e instituição que frequenta, se é deslocado, se tem bolsa, o género e a idade. Para obter estes dados serão aplicados os seguintes instrumentos, cuja utilização foi devidamente autorizada:

a) Questionário Demográfico

A caracterização sociodemográfica diz respeito à primeira parte das questões colocadas aos EES e contempla 29 questões relacionadas com: idade, género, ano de curso, formação académica dos pais, atividades de exercício e lazer, hábitos de sono, história de doença mental, comportamentos de saúde relativamente ao último mês e consumo de substâncias psicoativas (incluindo tabaco, álcool, drogas e psicofármacos), com vista a caracterizar socio demograficamente e clínica a população em estudo de uma forma abrangente.

As perguntas apresentadas são, na sua maioria, questões fechadas: dicotómicas ou de escolha múltipla. O questionário de caracterização sociodemográfica (anexo I) foi desenvolvido e utilizado no âmbito do estudo “Saúde Mental Positiva dos Estudantes do Ensino Superior” apresentado por Sequeira, Ferreira, Carvalho, Ribeiro e Pires (2018).

b) Questionário de Saúde Mental Positiva validado para Estudantes do Ensino Superior

Como já referido anteriormente, Teresa Lluch orientou o seu estudo sobre o desenvolvimento do Programa de Saúde Mental Positiva, para isso adaptou uma escala que permitisse avaliar os valores que integram a Saúde Mental Positiva, tornando-se relevante na criação do Cuestionário de Saúde Mental Positiva (CSM+). Este questionário é o instrumento que avalia o Modelo Multifactorial de Saúde Mental Positiva e procura mensurar a eficácia de programas de promoção de saúde mental no sentido de potenciar os recursos do indivíduo, podendo também ser utilizado como instrumento de *screening* valorizando o nível de Saúde Mental Positiva na população em geral (Lluch, 1999). O QSM+ é composto por 39 itens, distribuídos de forma desigual entre os seis fatores que definem o constructo SM+ e que configuram o Modelo Multifactorial de SM+ descrito anteriormente.

Tabela 1 – Fatores do Modelo de Saúde Mental Positiva, distribuição dos itens e pontuações do Questionário de Saúde Mental Positiva, na versão portuguesa (Sequeira et al., 2014).

Fator		Inclui	Nº itens	Total
F1	Satisfação pessoal	- Autoconceito / Autoestima - Satisfação com a vida pessoal - Perspetiva otimista de futuro	4,6,7,12,14, 31,38,39	8/32
F2	Atitude Pró-Social	- Predisposição ativa para o social ou para a sociedade - Atitude social “altruísta” ou Atitude de ajuda-apoio para com os outros - Aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes	1,3,23,25,37	5/20
F3	Autocontrolo	- Capacidade para enfrentamento de <i>stress</i> ou de situações conflituosas - Equilíbrio emocional ou controlo emocional - Tolerância à frustração, à ansiedade e ao stress	2,5,21,22,26	5/20
F4	Autonomia	- Capacidade para ter critérios próprios - Independência - Autorregulação da própria conduta - Segurança pessoal ou Confiança em si mesmo	10,13,19,33,34	5/20
F5	Resolução de problemas e Autoatualização	- Capacidade de análise - Habilidade para tomar decisões - Flexibilidade ou capacidade para adaptar-se às mudanças - Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo	15,16,17,27, 28,29,32,35,36	9/36
F6	Habilidade de Relação Interpessoal	- Habilidade para estabelecer relações interpessoais - Empatia ou capacidade para entender os sentimentos dos outros - Habilidade para dar apoio emocional - Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas	8,9,11,18,20, 24,30	7/28
Pontuação global QSM+ (limite superior/inferior)				39/156

Após pesquisa na literatura, foi possível compreender a necessidade que havia em utilizar neste projeto de investigação, um questionário de SM+ traduzido e adaptado para os estudantes do ensino superior portugueses (anexo II). Sequeira et al. (2014), demonstrou através do seu estudo de avaliação das propriedades psicométricas do questionário de SM+ em estudantes portugueses do ensino superior, que este se demonstra como um instrumento fiável e de fácil utilização com componente na evidência para a fidelidade, validade de conteúdo, e validade de critério do instrumento.

No decorrer da validação das propriedades psicométricas do CSM+ para a população portuguesa, a estrutura fatorial proposta por Lluch (1999,2002, 2003) sofreu alterações dando lugar à estrutura final do QSM+ (versão portuguesa). As diferenças entre a estrutura final do CSM+ e a do QSM+ são apresentadas na seguinte tabela (Sequeira et al, 2014; Garcia, 2016):

Tabela 2 – Comparação dos fatores incluídos por item no CSM+ de Lluch e QSM+ na versão Portuguesa (Sequeira et al., 2014)

Fatores	CSM ⁺	QSM ⁺	
	Itens	Itens	Pontuação
F1: Satisfação pessoal	4,6,7,12,14,31,38,39	4,6,7,12,14,31,38,39	8/32
F2: Atitude Pró-Social	1,3,23*,25*,37*	1,3,24*	3/12
F3: Autocontrolo	2,5,21,22,26	2,5,21,22,26	5/20
F4: Autonomia	10,13,19,33,34	10,13,19,33,34, 35*	6/24
F5: Resolução de problemas e Autoatualização	15,16,17,27,28, 29,32,35*,36	11*,15,16,17,23*,25*,27, 28,29,32,36,37*	12/48
F6: Habilidade de relação interpessoal	8,9,11*,18,20,24*,30	8,9,18,20,30	5/20
Pontuação total QSM+			39/156

*Estão enunciados de forma positiva as questões: 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 37. As restantes estão enunciadas de forma negativa. Nota adaptado de Lluch in Fornes y Gómez (2008).

O QSM+ trata-se de um questionário que contém uma série de afirmações, sob a forma de pensar, sentir e agir, apresentando 39 questões, de acordo com a tabela 1, e estão relacionadas com os seis fatores que integram a SM+: Satisfação Pessoal, Atitude Pró-Social, Autocontrolo, Autonomia, Resolução De Problemas E Auto Atualização E Habilidades De Relacionamento Interpessoal (Lluch, 1999, 2003; Sequeira et al., 2014; Garcia, 2016). Os itens estão formulados como afirmações (positivas e negativas) e a resposta a cada item é avaliada por uma escala de 1 a 4 pontos de acordo com o grau de frequência: sempre ou quase sempre (4), com bastante frequência (3), algumas vezes (2), nunca ou quase nunca (1). As pontuações permitem obter um valor de Saúde Mental Positiva como medida única e também valores específicos para cada fator. Os valores máximos e mínimos tanto do questionário global como dos fatores estão compreendidos entre os valores de 39 a 156. Estes 39 itens aparecem formulados de forma positiva ou de forma negativa, para não criar “tendência” de respostas.

Estes 39 itens aparecem formulados de forma positiva, compreendendo dezanove questões (4,5,11,15,16,17,18,20,21,22,23,25,26,27,28,29,32,35,36,37) ou de forma negativa correspondentes a vinte questões (1,2,3,6,7,8,9,10,12,13,14,24,30,31,33,34,38,39). Caso o item seja negativo ou positivo, as respostas apresentadas na escala de Likert terão pontuações ou valores diferentes (Lluch 1999, 2003; Sequeira et al.2019), tal como descrito na tabela nº3.

Tabela 3- Pontuação das respostas nos itens positivos e negativos no QSM+

RESPOSTAS	ITENS POSITIVOS	ITENS NEGATIVOS
“sempre ou quase sempre”	1	4
“na maioria das vezes”	2	3
“algumas vezes”	3	2
“raramente ou nunca”	4	1

A interpretação do total de pontuação obtida no somatório do QSM+ é inversamente proporcional ao níveis de SM+. Assim, a obtenção de valores inferiores no total global do QSM+ irá estar relacionada com níveis superiores de SM+ (limite superior é 39) ou com estados de *flourishing*, enquanto a obtenção de valores superiores traduz-se em níveis inferiores de SM+ (limite inferior é 156) ou em estados de *languishing*. O mesmo acontece com a pontuação relativa a cada um dos fatores que constituem este constructo. Assim,

Garcia (2016), propõe três níveis de saúde mental positiva a ser estabelecidos através dos resultados do QSM+ :

Tabela 4 - Níveis globais de saúde mental Positiva (adaptado de Garcia, 2016)

Níveis Saúde Mental Positiva	
Nível baixo ou Languising	Resultados entre 118 e 156
Nível intermédio	Resultados entre 79 e 117
Nível alto ou Flourishing	Resultados entre 39 e 78

O QSM+ trata-se de um instrumento de grande relevância para a prática clínica, na medida em que permite avaliar o potencial das pessoas para lidar com as adversidades e, por outro lado, identificar as pessoas com maior vulnerabilidade mental. A questão da vulnerabilidade é muito importante para a prevenção da morbilidade, uma vez que possibilita aos profissionais de saúde uma intervenção mais precoce.

c) Escala de Vulnerabilidade Psicológica

A escala de vulnerabilidade psicológica de SinClair & Wallston, 1999, que foi adaptada para a realidade portuguesa por Nogueira (2014) designada em Português de Escala de Vulnerabilidade Psicológica (EVP), em anexo III, tratando-se de uma medida válida, fiável e estável para medir a vulnerabilidade psicológica. A EVP tem seis itens de autopreenchimento e é cotada numa escala de Likert com cinco possibilidades de resposta, que variam entre 1 «não me descreve nada» até 5 «descreve-me muito bem». O score total trata-se do somatório de todos os itens, quanto mais elevado o valor absoluto maior a perceção de vulnerabilidade. A autora considera a escala, um instrumento fiável para investigação e eficiente na identificação de pessoas em risco de depressão (Nogueira, 2017).

1.5. Procedimentos formais, éticos e deontológicos

A aprovação desta dissertação ocorreu em janeiro de 2021 pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontra-se inserida no Projeto de Saúde Mental Positiva da CINTESIS/NursID do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde e da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Posto isto e uma vez que conta com a orientação e coorientação de parte dos autores dos instrumentos de recolha de dados em preenchimento, subentende-se a autorização dos mesmos para a sua utilização, não sendo exposta em documento anexo.

O presente projeto debruçou-se nos princípios da Declaração de Helsínquia de 1964. Procurou-se garantir e respeitar sempre estes princípios desde a conceção, recolha, análise de dados e divulgação dos resultados designadamente:

- a) Garantiram-se as autorizações dos autores de todos os instrumentos usados no presente estudo;
- b) Obteve-se o consentimento informado dos participantes, informando acerca da natureza, objetivos, procedimentos da investigação e dos seus direitos;
- c) Assegurou-se a confidencialidade e anonimato sobre a informação descrita.

1.6. Recolha dos dados

A recolha de dados deste estudo decorreu no segundo semestre do ano letivo de 2020/2021, no decorrer do mês de fevereiro a abril de 2021. Após as autorizações, os responsáveis institucionais procederam ao envio do *link* para os serviços de informática onde fizeram chegar os questionários aos estudantes via *mailing list*. Os estudantes tiveram assim acesso a um email onde constavam o convite à participação, os objetivos e a finalidade do estudo, um link de acesso aos questionários e a garantia do seu carácter confidencial, voluntário e liberdade de escolha na participação e nas respostas. O aluno que aderisse encontrava um conjunto de perguntas de escolha múltipla, de resposta obrigatória sem a qual não permitira prosseguir no questionário. No final bastava submeter o questionário para finalizar o processo.

Uma vez que todo o processo era informatizado (uma das mais valias deste modelo de aplicação de questionários) os dados resultantes das escolhas efetuadas foram de imediato guardados numa base de dados a que só o investigador tinha acesso. Os dados recolhidos foram posteriormente migrados para um processador de tratamento estatístico (SPSS® versão 27). A discente nunca teve acesso (direto ou indireto) aos endereços eletrónicos dos estudantes, apenas às respostas direcionadas na base de dados.

1.7. Análise estatística dos dados

O tratamento e análise estatística dos dados foi realizado utilizando o Software IBM® SPSS® Statistic Statistical Package for the Social Sciences for Windows, versão 27.0.

Foi realizada a estatística descritiva para caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e clínicos. Relativamente aos dados obtidos através do preenchimento do QSM+ e da EVP, foram apresentadas as frequências absolutas e relativas, bem como as percentagens, valores mínimo e máximo, média e desvio-padrão para as variáveis em estudo consoante os objetivos do presente estudo.

2. Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos através das relações entre si estabelecidas. A sua análise prende-se com a caracterização sociodemográfica e clínica dos EES, os seus estilos de vida e a sua SM percebida, bem como o estudo das características psicométricas dos instrumentos de recolha de dados utilizados nesta investigação, o QSM+ e a EVP, estabelecendo potenciais relações entre as variáveis em estudo, em resposta aos objetivos de investigação inicialmente estabelecidos. Posto isto, serão expostos os resultados obtidos mediante a análise dos dados ao longo da fase empírica desta dissertação.

2.1. Caracterização Sociodemográfica

Participaram neste estudo 516 estudantes do ensino superior, incluídos através do preenchimento total do questionário que contemplava as características sociodemográficas e clínicas, o Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) e a Escala de Vulnerabilidade Psicológica (EVP), viabilizando a sua participação neste estudo. Constata-se, assim, que a maior parte dos inquiridos são do sexo feminino (87,8%) e a quase totalidade são solteiros (90,89%). Relativamente à formação académica dos pais, ambos, na sua maioria, possuem o ensino básico 3º ciclo e ensino secundário. A média de idades é 22,5 anos (DP=5,88; Min=18 e Max=52). A maior parte dos EES está matriculado no 1º ano (36,82%), residentes na sua residência familiar de origem (68,6%), mais de metade não tem bolsa de estudos (58,72%) e a maior parte não conjugam os estudos com o trabalho (75,97%).

Tabela 5. Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as características sociodemográficas

Caracterização Sociodemográfica		N	%
Sexo	Feminino	453	87,8%
	Masculino	63	12,2%
Idade	18-21 anos	332	64,34%
	22-25 anos	110	21,32%
	Maior de 25 anos	74	14,34%
Estado Civil	Solteiro	469	90,89%
	Casado/União de Facto	41	7,95%
	Divorciado	6	1,16%
Estudante Deslocado	Sim	162	31,4%
	Não	354	68,6%
Estudante Bolseiro	Sim	213	41,28%
	Não	303	58,72%
Trabalhador-Estudante	Sim	124	24,03%
	Não	392	75,97%

O questionário foi publicitado intra-institucional na ESEP e nas instituições de ensino superior nacionais recorrendo às redes sociais. No total da amostra, é possível agrupar os estudantes pelas áreas de estudo, bem como a faculdade por eles representada. Relativamente ao curso que frequentam, a globalidade da população é estudante de enfermagem (77,9%), dos quais 65,5% correspondem ao primeiro ciclo de estudos e os restantes 12,4% aos diversos mestrados e pós-graduações na área de enfermagem. Seguem-se os alunos inscritos no curso de Direito (4,3%), Educação Básica (3,3%), Psicologia (3,3%), Medicina (2,9%), Marketing (1,6%), Educação Física e Desporto (1,2%), Contabilidade (1,0%), Engenharia Eletrotécnica e dos Computadores (0,6%), sucedendo-se um conjunto de cursos representativos por um estudante de cada área (0,2%), dos quais fazem parte: Biologia, Ciências da Educação, Ciências da Nutrição, Ciências Farmacêuticas, Design de Comunicação, Design de Moda, Engenharia Florestal, Farmácia, Fisiologia Clínica, Genética E Biotecnologia, Gestão, Gestão De Atividades Turísticas, Gestão De Marketing, História, Imagem Médica E Radioterapia, Instrumento E Canto, Medicina Dentária, Mestrado De Assessoria Em Comunicação Digital, Mestrado Em Criminologia, Mestrado Em Ensino De Música, Mestrado Integrado Em Engenharia De Redes E Sistemas Informáticos, Mestrado Integrado Em Engenharia Mecânica, Pós-Graduação Sistemas De Informação e Relações Internacionais.

Dos 516 estudantes, 190 (36,82%) frequentavam o 1ºano do ensino, 99 (19,19%) frequentavam o 2ºano, 89 (17,25%) frequentavam o 3ºano, 100 (19,38%) frequentavam o 4ºano, 24 (4,65%) frequentavam o 5ºano e 14 (2,71%) frequentavam o 6ºano.

Relativamente à instituição, mais de metade dos estudantes são alunos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (72,7%), que conjuntamente com a restante distribuição de faculdades da cidade do Porto fixa a percentagem em 91,1% dos estudantes. Fazem parte destas faculdades do Porto: Universidade Portucalense (3,5%), Universidade do Porto (2,5%), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (2,1%), Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto (1,9%), Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti (1,6%), ISMAI (1,4%), Instituto Politécnico do Porto (1,6%), CESPU (1,2%), Universidade Católica do Porto (1,0%), Escola Superior de Saúde Santa Maria (0,4%), Universidade Lusíada do Porto (0,4%), Escola Superior Arte Design (0,2%), IPAM (0,2%), IPCA (0,2%) e Instituto Piaget (0,2%). A Universidade de Évora contou com a presença de 9 estudantes (1,7%), Escola superior de enfermagem S. João de Deus com 7 estudantes (1,4%), o Instituto Politécnico de Leiria com 7 estudantes (1,4%), a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com 6 estudantes (1,2%), a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro com 5 estudantes (1,0%), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa com 4 estudantes (0,8%), a Universidade de Coimbra com 3 estudantes (0,6%), a Universidade do Minho com 3 estudantes (0,6%), Instituto Politécnico de Bragança com 1 aluno (0,2%), a Universidade da Beira Interior com 1 aluno (0,2%) e, finalmente, a Universidade de Aveiro com 1 aluno (0,2%).

História de Doença Mental

Dos 516 estudantes, 436 (84,50%) revelaram não ter antecedentes de doença mental diagnosticada em contrapartida 80 (15,50%) revelaram ser portadores de doença psiquiátrica. Dos inquiridos, 36 estudantes referem sofrer ansiedade, 12 referem depressão, 18 estudantes conciliam as patologias de ansiedade e depressão, 6 padecem de transtorno obsessivo-compulsivo, 4 perturbações alimentares, 3 depressão e perturbação da personalidade, e por último, um aluno refere beta talassemia.

Por outro lado, quando questionados sobre a procura de um serviço de saúde devido a um problema de saúde mental nos últimos três meses, uma parte significativa da amostra 432

(83,72%) estudantes negaram a sua procura, em contraposto os restantes 84 (16,28%) estudantes que afirmaram a sua necessidade de procura.

Para comparar estes dados, houve necessidade de compreender se os estudantes ao longo do seu percurso académico atenderam às suas necessidades e otimizaram os recursos para ter acompanhamento em serviços de psiquiatria ou psicologia, pelo que 234 (45,35%) dos estudantes assumem serem acompanhados e 282 (54,65%) negam a ideia desse acompanhamento.

Quando abordados sobre os antecedentes de doença mental dos familiares, os dados são praticamente similares, 263 (50,97%) dos estudantes não é detentor de familiares com patologia psiquiátrica, 253 (43,09%) referem existir na sua família elementos portadores, nomeadamente 63 estudantes nomeiam a mãe, 15 estudantes designam o pai, 4 estudantes designam os progenitores simultaneamente, 44 estudantes definem o avó ou avô, 32 estudantes designam os avôs concomitantemente com os pais, 58 estudantes os tios e primos simultaneamente, 12 estudantes referem o avô ou avó e outro elemento, 6 estudantes a mãe e outro elemento, 5 estudantes nomeiam os bisavós, 5 estudantes nomeiam irmã ou irmão e, por fim, 9 estudantes nomeiam pai e mãe e outro elemento da família.

Sobre a aquisição de medicação para algum problema de saúde mental, 45 (8,72%) dos estudantes demonstram necessidade do seu consumo e 471 (91,28%) não adquirem nenhum componente.

Historial do Sono

Quando avaliado o sono dos estudantes do ensino superior, quanto à sua satisfação estes parecem ser dados que não se distanciam por uma percentagem significativa, 232 (44,96%) refere estar satisfeito com o seu sono e 284 (55,04%) referem não se sentir satisfeitos. Sobre considerarmos se as horas que permanecem a dormir são satisfatórias ou não, mais de metade 279 elementos (54,07%) não consideram que sejam satisfatórias ao invés dos 237 (45,93%) que consideram.

Relativamente à medicação indutora de sono consumida, a maioria dos estudantes, cerca de 465 (90,12%), refere não recorrer a medicação para conseguir manter o sono, ao contrário de 51 (9,88%) dos estudantes.

Prática de Exercício Físico e Alimentação

Relativamente à alimentação, a maioria percebe a sua alimentação como saudável (71,6%) com uma média de refeições por dia de 4,5 (DP=0,97; Min=2 e Máx=10). O número de refeições mais documentado retrata as 4 refeições diárias (37,98%), seguindo-se as 5 refeições diárias (37,40%) sendo apresentado como limite inferior as 10 refeições diárias, apenas com um estudante (0,19%). Avaliando a componente de ingestão de legumes e fruta introduzida no quotidiano dos estudantes, apenas 62 elementos revelam não ingerir.

Mais de metade da amostra refere não praticar exercício físico regularmente, nomeadamente 302 estudantes (58,53%), contrariamente aos restantes 214. O desporto mais escolhido pelos estudantes foi o ginásio com 94 estudantes, as caminhadas com 33 estudantes, o atletismo com 28 estudantes, a dança com 8 estudantes, as artes marciais e o ciclismo com 7 estudantes, o basquetebol e o voleibol com 5 estudantes, o futsal e a natação com 4 estudantes, o Crossfit, o loga e o pilatos com 3 estudantes, o futebol e a ginástica com 2 estudantes e a ginástica, o polo aquático, o ténis, o ténis de mesa e a zumba somaram apenas um aluno em cada modalidade.

Relações Interpessoais

As relações interpessoais significativas fazem parte da vida de 364 (70,54%) estudantes, em contrapartida 152 (29,64%) estudantes não atribuem significado significativo às suas relações afetivas. Uma percentagem significativa da amostra refere estar envolvida em relações afetivas significativas, da qual, a maior parte, 202 mencionam os amigos íntimos/namorados, 122 estudantes reportam para a família, 23 estudantes refere os amigos e 17 estudantes selecionam a opção “outro” permitindo a escrita livre, mencionando na maioria “todas as anteriores”.

Considerando a regularidade de contactos com amigos, fora do contexto de trabalho ou escola, destaca-se que uma parte dos EES assume raramente estabelecer este contacto (32,36%). As restantes opções encontram-se discriminadas no gráfico seguinte:

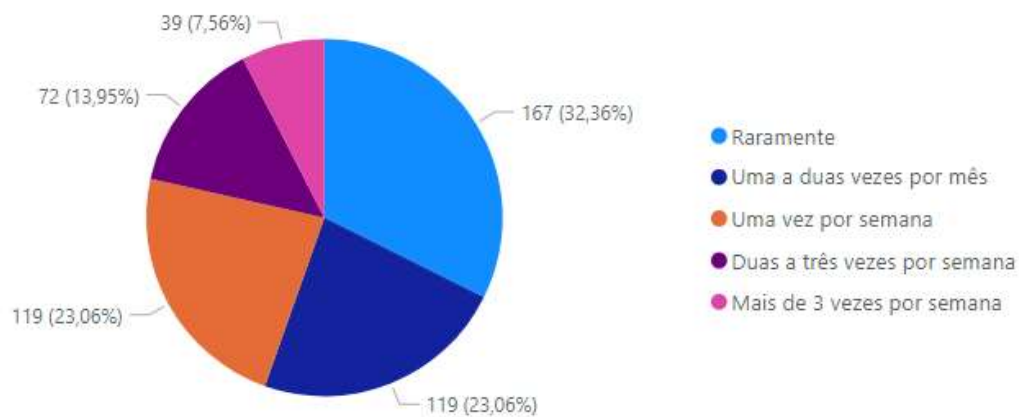


Gráfico 1 - Caracterização da variável: Tempo despendido para estar com os amigos fora do contexto faculdade/emprego

Atividades Recreativas

Tendo em conta a sua participação em atividades recreativas, apenas 74 (14,34%) estudantes dispensam o seu tempo para uma participação ativa em atividades recreativas, contrariamente à maioria dos estudantes (85,66%), sendo a mais votada a participação em atividades da vida académica, nomeadamente a tuna, a associação de estudantes e outras atividades não especificadas. A música, o voluntariado, os escuteiros, o teatro, a dança, os grupos de jovens e a pintura assumem, também, relevância neste grupo da amostra.

Consumo de Substâncias

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria referiu não consumir (64,73%). Dos restantes 35,72% dos quais consomem, 112 estudantes fazem-no maioritariamente uma a duas vezes por mês, 45 estudantes uma vez por semana, 21 estudantes duas a três vezes por semana e 4 estudantes mais de três vezes por semana. Já quanto ao consumo de outras substâncias como haxixe, heroína, cocaína, LSD ou outras foi negado pela quase totalidade dos elementos da amostra (96,71%), dos que consomem, fazem-no maioritariamente uma

a duas vezes por mês. No que diz respeito ao consumo de tabaco a maioria (88,57%) não confirma o consumo, já os que confirmam (11,43%) consomem em média 6,2 cigarros por dia (DP=4,49; Min=1 e Máx=20). Do total da amostra que consome tabaco, foi necessário estabelecer os consumos de tabaco (em média) por dia, 23 estudantes consomem entre um a três cigarros por dia, 11 estudantes consomem entre quatro a seis cigarros, 8 estudantes entre sete a nove cigarros e 17 estudantes mais de dez cigarros por dia.

Tabela 6 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo os consumos de substâncias praticados

Consumo de Substâncias		N	%
Álcool	Sim	182	35,72
	Não	334	64,73
Substâncias Psicoativas (Haxixe, LDS, Heroína, Cocaína, etc.)	Sim	17	3,29
	Não	499	96,71
Tabaco	Sim	59	11,43
	Não	457	88,57

Escala da Vulnerabilidade Psicológica

Relativamente à percepção sobre a sua Vulnerabilidade Psicológica, os resultados obtidos permitem-nos compreender que em média, os estudantes pontuam 18,2 pontos na EVP, com valor de 18 na mediana e 5,3 no desvio padrão, indicando que a maioria dos participantes da amostra não se percebe como vulnerável.

Realça-se nas respostas obtidas, percentagens de ordem significativa na resposta ao item “Quando não consigo atingir os meus objetivos, sinto-me um fracasso como pessoa” em que 37,60% dos indivíduos concorda parcialmente, bem como de destaque o discordar totalmente do item “Tenho plena consciência de me sentir frequentemente inferior aos outros” em 27,91% da amostra em estudo.

Tabela 7 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na EVP

		Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1. Quando não consigo atingir os meus objetivos, sinto-me um fracasso como pessoa.	N	58	68	88	194	108
	%	11,24%	13,18%	17,05%	37,60%	20,93%
2. Sinto que mereço melhor tratamento do que aquele que normalmente recebo dos outros.	N	88	128	139	122	39
	%	17,05%	24,81%	26,94%	23,64%	7,56%
3. Tenho plena consciência de me sentir frequentemente inferior aos outros.	N	144	117	66	124	65
	%	27,91%	22,67%	12,79%	24,03%	12,60%
4. Preciso da aprovação dos outros para me sentir bem comigo mesmo.	N	123	111	113	120	49
	%	23,84%	21,51%	21,90%	23,26%	9,5%
5. Tenho tendência para definir metas demasiado elevadas e depois a sentir-me frustrado ao tentar alcançá-las.	N	75	126	95	127	93
	%	14,35%	24,42%	18,41%	24,61%	18,02%
6. Sinto-me frequentemente ressentido quando outros se aproveitam de mim.	N	45	66	125	169	111
	%	8,72%	12,79%	24,22%	32,75%	21,51%

O sexo feminino (3,1) apresenta valores de vulnerabilidade superior ao masculino (2,8). Já em relação à idade, se dividirmos este grupo por classes, tendo em conta os 18-21 anos (1º ciclo de estudos), 22-25 anos (2º ciclo de estudos) e mais de 25 anos conseguimos perceber que os scores de maior vulnerabilidade compreendem-se as idades entre 22 e 25 anos (3,2), seguidos dos mais jovens (3,1) e culminando nos mais de 25 anos (2,7). Tendo em conta o curso com maior frequência de amostra, numa lógica de maior score de vulnerabilidade, foram selecionados 5 cursos: o 2º ciclo de Enfermagem (2,8), a Enfermagem (3,0), a Psicologia e o Direito (3,2), ficando na Educação Básica com o máximo score de 3,4. Não há grande diferença entre as pontuações de vulnerabilidade psicológica entre os alunos deslocados e não deslocados, contudo em relação aos estados civis são os divorciados/separados que têm menores scores de vulnerabilidade (2,5), seguindo-se os casados ou em união de facto (2,9) e solteiros (3,1). Participar ou não numa atividade recreativa parece não exercer influência na perceção de vulnerabilidade, contudo quando nos debruçamos sobre a satisfação com as horas de sono, os estudantes que se sentem satisfeitos com as horas que dedicam a dormir (2,7) têm uma perceção de vulnerabilidade inferior aos que se sentem insatisfeitos (3,3).

Manter uma relação afetiva não influencia o score de vulnerabilidade da amostra em estudo, por outro lado os estudantes que dedicam raro tempo com os amigos fora do contexto de faculdade/emprego tem mais score na pontuação da sua vulnerabilidade (3,3) em comparação com os estudantes que dedicam mais de 3 vezes por semana (2,6). A prática ou não de exercício físico, o consumo ou não de drogas ou álcool permite-nos obter scores idênticos de vulnerabilidade psicológica, contudo quando analisamos o consumo médio de cigarros por dia, compreendemos que quem fuma mais de 10 cigarros por dia tem um score de vulnerabilidade psicológica cotado nos mesmos pontos do que quem fuma 1 a 3 cigarros por dia (2,7).

Questionário de Saúde Mental Positiva

Para a análise dos fatores que integram a SM+ procedeu-se, primariamente, à identificação das medidas de tendência central e de dispersão dos fator isoladamente e, posteriormente, ao estudo e análise dos itens do QSM+ mediante a avaliação das respostas obtidas em cada um deles. Nesta segunda análise, mais concreta, será realizada mediante a aglutinação dos itens do questionário segundo o fator ao qual pertencem. Relativamente à interpretação dos valores obtidos nas frequências de cada um dos seis fatores, esta é realizada da mesma forma que com a variável SM+, isto é, quanto mais elevado for o valor obtido, mais baixo será o nível do respetivo fator e vice-versa.

Relativamente às dimensões, considerando a mediana da pontuação em cada dimensão como o ponto de corte (Me*), e sabendo que a SM+ é inversamente proporcional aos valores obtidos, analisando os valores alcançados, a média e mediana notificam bons scores na satisfação pessoal, na atitude Pró-Social, no autocontrolo, na autonomia, na habilidade de relação interpessoal e na globalidade do QSM+. Apenas na dimensão da resolução de problemas se obtém valores inferiores relativamente ao ponto de corte, sendo a situação que carecem de maior atenção.

Tabela 8. Mediana, média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, relativamente ao fatores do Questionário de Saúde Mental Positiva

	Mínimo (Min)	Máximo (Max)	Média (M)	Mediana	Desvio Padrão (DP)
F1 -Satisfação Pessoal (8-32 pontos) (Me*=20 pontos)	32,0	8,0	14,97	14,00	5,11
F2 – Atitude Pró-Social (3-12 pontos) (Me*=7,5 pontos)	14,0	5,0	6,76	6,0	1,62
F3 – Autocontrolo (5-20 pontos) (Me*=12,5 pontos)	20,00	5,0	11,31	11,0	3,29
F4 – Autonomia (6-24 pontos) (Me*=15 pontos)	19,0	5,0	10,1	9,0	3,17
F5 – Resolução de Problemas e Auto atualização (12-48 pontos) (Me*=30 pontos)	36,0	9,0	16,54	16,00	4,58
F6 – Habilidades de Relação Interpessoal (5-20 pontos) (Me*=12,5 pontos)	24,0	7,0	12,26	12,0	3,3
Total SM⁺ (39-156 pontos) (Me*=97,5 pontos)	121,0	40,0	71,84	70,0	15,68

No QSM+, os valores de SM+ obtidos delimitam-se entre 40 pontos (valor máximo) e 121 pontos (valor mínimo), sendo que os valores variam inversamente ao seu valor absoluto, isto é, quanto maior for o valor obtido menor será o nível de SM+. A média da SM+ nos estudantes do ensino superior resultou em 71,84 (DP=15,68), não sendo atingido nem o limite inferior (156) nem o superior (39) do questionário. Mediante a interpretação dos scores médios obtidos em cada um dos fatores pode-se afirmar que o fator que, em média, apresenta níveis superiores na população em estudo é a Atitude Pró-Social (6,76) e aquele que, em média, apresenta níveis inferiores é a Resolução de Problemas e Auto atualização (16,54), sendo que nenhum dos fatores em estudos apresentou na sua média um valor superior ao ponto de corte.

Surgiu a necessidade de categorizar os resultados da SM+ de forma a atribuir um significado qualitativo aos valores obtidos. Procedeu-se então, à concessão de intervalos tendo em conta o conceito de saúde mental proposto por Keyes (2007), assim, conforme referido no enquadramento teórico, este autor defende a saúde mental como um continuum, isto é, um processo no qual a pessoa ao longo da sua vida oscila entre estados completos de saúde mental, o *flourishing* (valores compreendidos entre 39 e 78), os estados intermédios e estados incompletos (valores compreendidos entre 79-117) ou de *languishing* (valores compreendidos entre 118-156).

Tabela 9 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na QSM+ por Fator

Níveis de Saúde Mental Positiva		F1	F2	F3	F4	F5	F6	Ftotal
Nível alto ou <i>Flourishing</i>	N	349	502	233	331	346	403	354
	%	67,64%	97,29%	45,16%	64,15%	67,05%	78,10%	68,60%
Nível intermédio	N	139	14	228	150	165	106	159
	%	26,94%	2,71%	44,19%	29,07%	31,98%	20,54%	30,81%
Nível baixo ou <i>Languishing</i>	N	28	0	55	35	5	7	3
	%	5,43%	0%	10,66%	6,78%	0,97%	1,36%	0,58%

Tendo em conta os resultados obtidos, é possível compreender que mais de metade (68,6%) da amostra apresenta níveis altos de SM+, contudo é igualmente importante refletir sobre os 139 estudantes (26,94%) que se encontram no nível intermédio e os 3 estudantes (0,58%) que apresentam níveis baixos de pontuação do questionário,

apresentando níveis baixos de SM. Além desta discrepância, é possível confirmar que o fator F2 é o fator com os níveis mais altos em percentagem, tratando-se do único fator sem níveis baixos para a sua pontuação, resultado idêntico ao fator F5. O fator que pontua uma percentagem de maior frequência relativa da amostra no nível mais baixo trata-se do F3 sendo também o único que não completa mais de metade da pontuação no seu valor máximo.

Para compreendermos especificamente os parâmetros avaliados segue-se uma análise sucinta de cada um dos fatores mediante o estudo das respostas a cada um dos 39 itens que constituem o QSM+. Assim, no sentido de facilitar a leitura, são apresentadas tabelas com os itens agrupados segundo o fator ao qual pertencem e os dados relativos à frequência e percentagem das respostas obtidas em cada um deles. Os dados ressaltados nas tabelas dizem respeito às respostas que apresentam maior incidência nos diferentes itens.

Tabela 10 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 1 do QSM+

	Satisfação Pessoal F1							
	Sempre ou quase sempre		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente ou Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
"4. Gosto de mim como sou."	116	22,48%	220	42,64%	149	28,88%	31	6,01%
"6. Sinto-me capaz de explodir."	29	5,62%	69	13,37%	264	51,16%	154	29,84%
"7. Para mim a vida é aborrecida e monótona."	32	6,2%	68	13,18%	207	40,12%	209	40,5%
"12. Vejo o meu futuro com pessimismo."	33	6,4%	48	9,3%	159	30,81%	276	53,49%
"14. Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam."	25	4,84%	53	10,27%	153	29,65%	285	55,23%
"31. Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada."	16	3,1%	42	8,14%	130	25,19%	328	63,57%
"38. Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)."	39	7,59%	70	13,57%	228	44,19%	179	34,69%
"39. Sinto-me insatisfeito com o meu aspeto físico."	70	19,57%	91	17,64%	229	44,38%	126	24,42%

Os itens parecem estar equilibrados tendo em conta a positividade e negatividade do teor das respostas. Se por um lado, o item “Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)” e “Sinto-me insatisfeito com o meu aspeto físico” obtiveram uma frequência de resposta negativa elevada 44,19% e 44,38%, respetivamente, por outro lado, o item “31. Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada” e “14. Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam” apresentam valores significativos de positividade (55,23%) em relação à sua satisfação pessoal.

Tendo em conta os resultados obtidos por sexo foram as mulheres que evidenciaram níveis mais altos no fator F1 com uma média de 15,09 contra uma média masculina de 14,11, quer isto dizer que o sexo feminino apresenta valores mais baixos na sua Satisfação Pessoal. Dividindo as idades, por classes, dos 18 aos 21 anos; 22 anos aos 25; Mais de 25 anos, numa lógica de frequência de ciclos de estudo, são os adultos com mais de 25 anos que apresentam valores mais altos de Satisfação Pessoal (12,78). Atendendo ao estado civil, e agrupando-o por classes: solteiros; casados ou em união de facto; divorciados ou separados, obtemos uma média que se afasta entre solteiros (15,21) e divorciados (12,50), assim os solteiros que apresentam níveis mais baixos de Satisfação Pessoal quando comparados com os outros estados civis. Este fator, releva especial importância, quando comparamos a média entre os estudantes que conjugam um emprego versus os que não conjugam, na medida em que são os estudantes que conjugam um emprego que tem níveis mais elevados de F1 (13,81). Relativamente aos consumos, se por um lado não se verifica discrepância entre os valores de média entre os estudantes que consomem ou não drogas, por outro lado os estudantes que referem consumir álcool (14,80) demonstram ter uma média menor do que os consumidores (15,06), apresentando melhores níveis de Satisfação Pessoal.

Tabela 11 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 2 do QSM+

	Atitude Pró-Social F2							
	Sempre ou quase sempre		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente ou Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
“1. Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas.”	7	1,36%	33	6,4%	229	44,38%	247	47,87%
“3. Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas.”	13	2,52%	7	1,36%	69	13,37%	427	82,75%
“23. Penso que sou uma pessoa digna de confiança.”	414	80,23%	91	17,64%	8	1,55%	3	0,58%
“25. Penso nas necessidades dos outros.”	299	57,95%	181	35,08%	33	6,4%	3	0,58%
“37. Gosto de ajudar os outros.”	430	83,33%	75	14,53%	8	1,55%	3	0,58%

As respostas dos itens pertencentes a este segundo fator foram maioritariamente positivas. Sendo que os dois itens deste fator formulados de forma negativa, a resposta predominante foi aquela considerada mais positiva: “Raramente ou quase nunca”.

A Atitude Pró-Social tendo em conta a média dos sexos foi considerada mais elevada para o sexo masculino (7,44) enquanto o sexo feminino evidenciou 6,77 de média, sendo assim são os homens que apresentam os valores mais baixos neste fator. Mantendo a divisão de idades, por classes, as médias não se afastam muito entre as 3 opções, contudo denota-se que os mais os jovens com idades compreendidas entre os 22-25 anos apresentam maiores níveis de Atitude Pró-Social (6,65). Atendendo ao estado civil, não se revelam grandes diferenças nos valores de média entre os participantes da amostra. Relativamente aos consumos, se por um lado não se verifica discrepância entre os valores de média entre os estudantes que consomem ou não álcool, os estudantes que consomem drogas (7,47) apresentam valores de média maiores do que os que não consomem (6,74), ou seja apresentam valores inferiores no que toca à Atitude Pró-Social.

Tabela 12 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 3 do QSM+

	Autocontrolo F3							
	Sempre ou quase sempre		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente ou Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
“2. Os problemas bloqueiam-me facilmente.”	38	7,36%	79	15,31%	265	51,36%	134	25,97%
“5. Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas.”	70	13,57%	217	42,05%	190	36,82%	39	7,59%
“21. Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos.”	90	17,44%	191	37,02%	186	36,05%	49	9,5%
“22. Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida.”	99	19,19%	232	44,96%	159	30,81%	26	5,04%
“26. Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio emocional.”	79	15,31%	245	47,48%	156	30,23%	36	6,98%

Relativamente ao autocontrolo, segundo os dados, o item com piores resultados é o número dois: “2. Os problemas bloqueiam-me facilmente”. Assim, pode-se verificar que este item obteve como resposta predominante “Algumas vezes” (51,36%) o qual indica certa dificuldade em lidar com os problemas na população em estudo.

Tendo em conta o F3, as mulheres apresentam valores mais elevados de média (11,41), já o sexo masculino evidencia 10,59 um resultado não muito dispare do sexo em comparação, contudo denota que o sexo masculino apresenta valores mais elevados de Autocontrolo. Mantendo a divisão de idades, por classes, contudo denota-se que os adultos com mais de 25 anos apresentam maiores níveis de Autocontrolo (10,26). Atendendo ao estado civil, são os solteiros que relevam uma média maior (11,45), sendo por isso os que têm menos perceção de autocontrolo, por outro lado os divorciados com uma média de 8,83 apresentam maiores níveis de autocontrolo. Quando comparamos a média entre os estudantes que conjugam um emprego versus os que não conjugam, são os estudantes que conjugam um emprego que tem níveis mais elevados de F3 (10,84). No que concerne aos

consumos, este fator não produz discrepâncias entre os valores de média de consumidores e não consumidores.

Tabela 13 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 4 do QSM+

	Autonomia F4							
	Sempre ou quase sempre		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente ou Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
“10. Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim.”	53	10,27%	88	17,05%	235	45,54%	140	27,13%
“13. As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões.”	19	3,68%	78	15,12%	273	52,91%	146	28,29%
“19. Preocupa-me que as pessoas me critiquem.”	62	12,02%	94	18,22%	240	46,51%	120	23,26%
“33. Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais.”	10	1,94%	30	5,81%	142	27,52%	334	64,73%
“34. Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a).”	71	13,76%	102	19,77%	267	51,74%	76	14,73%

Tendo em conta os itens do quarto fator, autonomia, os dados apresentados mostram que o item que obteve maior incidência de respostas positivas foi o número 33, “Tenho dificuldade em ter opiniões pessoais”. Em relação aos outros quatro item observa-se que a resposta comum a todos eles foi “Algumas vezes”. Por outro lado, o item com maior percentagem de respostas negativas foi “Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a).”sendo que o 13,76% da população respondeu “Sempre ou quase sempre”.

O F4, estudado a partir da comparação de sexos, compreende que o sexo masculino apresenta valores mais baixos quando comparados com o sexo feminino, demonstrando valores de média de 9,17 e 10,13 respetivamente. Mantendo a divisão de idades, por classes, denota-se que os adultos com mais de 25 anos apresentam maiores níveis de Autonomia (8,88). Atendendo ao estado civil, são os solteiros que relevam uma média maior (10,15), sendo por isso os que têm menos percepção da sua autonomia, por outro lado os divorciados com uma média de 7,73 apresentam maiores níveis percebidos de

autonomia. Quando comparamos a média entre os estudantes que conjugam um emprego versus os que não conjugam, são os estudantes que conjugam um emprego que tem níveis mais elevados de F4 (9,60). Já as médias obtidas entre os consumidores e não consumidores de droga e álcool, os dados obtidos em ambos os parâmetros referem que são os consumidores de droga e álcool (9,71 e 11,79 respectivamente) que apresentam menores níveis de média, produzindo efeitos no maior níveis de Autocontrole.

Tabela 14 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 5 do QSM+

	Resolução de Problemas e Autoatualização F5							
	Sempre ou quase sempre		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente ou Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
“15. Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo.”	243	47,03%	200	38,76%	61	11,82%	12	2,33%
“16. Procuo retirar os aspetos positivo das coisas “más” quando elas acontecem.”	137	26,55%	170	32,95%	155	30,04%	54	10,47%
“17. Procuo melhorar como pessoa.”	348	67,44%	141	27,33%	24	4,65%	3	0,58%
“27. Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me.”	214	41,47%	244	47,29%	51	9,88%	7	1,36%
“28. Perante um problema sou capaz de solicitar informação.”	180	34,88%	234	45,35%	88	17,05%	14	2,7%
“29. As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me.”	94	18,22%	230	44,57%	162	31,40%	30	5,81%
“32. Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes.”	261	50,58%	210	40,70%	40	7,75%	5	0,97%
“35. Sou capaz de dizer não quando o quero dizer.”	160	31,01%	174	33,72%	144	27,91%	38	7,36%
“36. Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis.”	239	46,32%	212	41,09%	59	11,43%	6	1,16%

No quinto fator, os itens configuram-se em resultados predominantemente positivos. Nos itens 16, 27, 28, 29 e 35 a resposta dominante foi a parcialmente positiva (“Na maioria das vezes”). Relativamente ao item que obteve maior frequência de respostas positivas, quando comparadas com o resto, foi o número 17: “Procuro melhorar como pessoa”.

O F5, estudado a partir da comparação de géneros, mostra que o masculino apresenta valores mais altos quando comparados com o feminino representados por valores de média de 17,48 e 16,41 respetivamente. Mantendo a divisão de idades, por classes, as médias não se afastam muito entre os três grupos, contudo denota-se que os adultos com mais de 25 anos apresentam maiores níveis de Resolução de Problemas e Autoatualização (16,01). Atendendo ao estado civil, são os solteiros que apresentam maior média (16,71), entre os grupos por classes, em contrapartida casados e divorciados (14,33) não se distanciam entre si nos valores, sendo estes os com níveis de maior Resolução de Problemas e Autoatualização. Nos consumos de substâncias ilícitas, se por um lado não se verifica discrepância entre os valores de média entre os estudantes que consomem ou não álcool, os estudantes que consomem drogas (18,24) apresentam valores de média maiores do que os que não consomem (16,48), ou seja apresentam valores inferiores no que toca ao F5.

Tabela 15 - Frequência absoluta(n) e relativa (%) da amostra segundo as respostas obtidos na Fator 6 do QSM+

	Habilidades de Relação Interpessoal F6							
	Sempre ou quase sempre		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente ou Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
“8. Para mim é difícil dar apoio emocional.”	11	2,13%	25	4,84%	149	28,88%	331	64,15%
“9. Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas.”	23	4,46%	41	7,95%	195	37,79%	257	49,81%
“11. Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas.”	222	43,02%	199	38,57%	76	14,73%	19	3,68%
“18. Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a).”	213	41,28%	214	41,47%	78	15,12%	11	2,13%
“20. Considero-me uma pessoa sociável.”	156	30,23%	208	40,31%	123	23,84%	29	5,62%
“24. Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros.”	13	2,52%	19	3,68%	185	35,85%	299	57,95%
“30. Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes.”	49	9,5%	84	16,28%	206	39,92%	177	34,30%

Segundo os dados apresentados na tabela 15 é possível afirmar que o item que apresentou melhores resultados foi o 8: “Para mim é difícil dar apoio emocional”, sendo que o 64,15% dos estudantes contestou “Raramente ou nunca”. Os itens que obtiveram a frequência mais alta de respostas negativas comparativamente aos outros foram os itens 18: “Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a)” e 20: “Considero-me uma pessoa sociável”.

Por último, quando analisado o F6, tendo em conta o género, a média dos dados obtidos é praticamente igual, não havendo discrepância de mais de 0,07 entre o género feminino (12,24) e o género masculino (12,37). Mantendo a divisão de idades, por classes, denota-se que os adultos com mais de 25 anos apresentam maiores níveis de Habilidades de Relação Interpessoal (11,74). Atendendo ao estado civil, não existem discrepâncias de relevo entre os grupos agrupados por classes, nomeadamente entre divorciados e casados, confirmando-se apenas um ligeiro aumento de média nos solteiros que justifica um menor

valor de F6. Relativamente aos consumos, se por um lado não se verifica discrepância entre os valores de média entre os estudantes que consomem ou não drogas, os estudantes que não consomem álcool (12,51) apresentam valores de média maiores do que os que consomem (11,79), ou seja apresentam valores inferiores no que toca à Habilidade para Relações Interpessoais.

Este fator último, tal como todos os outros, tendo em conta as horas de sono explicitadas pelos estudantes, verifica que quanto maior o número de horas dormidas maior são os níveis de cada fator. Na mesma lógica, o aumento do tempo que descrevem como despendido com os colegas fora do contexto faculdade/emprego diminui o valor da média, demonstrando assim que quem despende de mais tempo traduz maiores valores de pontuação para cada fator, tal como os estudantes que em termos comparativos apresentam ou não uma relação afetiva significativa, os estudantes com uma relação afetiva significativa apresentam um menor número de média em todos os fatores, demonstrando-se com melhor pontuação em cada fator.

2.1. Relação Inferencial

De forma a apresentar os resultados segundo as variáveis analisadas e relações estabelecidas, este capítulo prende-se com a análise da relação entre todas as variáveis analisadas na parte I do instrumento de recolha de dados, os fatores do QSM+ e a EVP.

Para a utilização dos testes denominados paramétricos devem ser cumpridas as seguintes premissas: a variável dependente ser intervalar, a amostra em estudo ter mais de trinta participantes ($N > 30$) e a distribuição da variável dependente ser normal (Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS) com significância (p) igual ou menor a 0,05 ($p \leq 0,05$)). Desta forma, se as variáveis em estudo não apresentarem estas características deverão ser utilizados os testes não paramétricos como alternativa (Martins, 2011).

Com isto, no sentido de nomear os testes a utilizar na matéria da relação de variáveis, procedeu-se ao estudo da normalidade da distribuição das variáveis dependentes (SM+ e fatores) mediante a utilização do teste KS. Uma vez realizado este teste, obtiveram-se resultados que indicam uma distribuição não normal da SM+, assim como dos fatores que a integram ($p < 0,01$ na SM+ e nos seus fatores), assim optou-se pela utilização dos testes não

paramétricos devido à anormalidade das distribuições. Desta forma, foram aplicados os testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis para analisar as diferenças nestas variáveis.

Relação entre as Variáveis Sociodemográficas, QSM+ e EVP

Procedeu-se à análise inferencial de todas as variáveis. Neste subcapítulo são apresentadas as relações com significância confirmada ($p < 0,05$) seguidas das respetivas médias que a justificam, ainda em anexo IV elenca-se as variáveis que não permitiram concluir diferenças estatisticamente significativas. Com o intuito de testar como reagem os Fatores do QSM+ e o Score de Vulnerabilidade Psicológica relativamente às diferentes idades dos participantes, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Tabela 16 – Análise Inferencial da Idade em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

Relação entre Variáveis	p.	Idade	Média
Score da Vulnerabilidade Psicológica	<0,01	18-21	3.1
		22-25	3.2
		Mais de 25	2.7
Satisfação Pessoal	<0,001	18-21	15,29
		22-25	15,45
		Mais de 25	12,78
Atitude Pró-Social	<0,65	18-21	6,78
		22-25	6,65
		Mais de 25	6,88
Autocontrolo	<0,01	18-21	11,52
		22-25	11,35
		Mais de 25	10,26
Autonomia	<0,02	18-21	10,23
		22-25	10,11
		Mais de 25	8,88
Resolução de Problemas e Autoatualização	<0,15	18-21	16,76
		22-25	16,24
		Mais de 25	16,01
Habilidades de Relação Interpessoal	<0,38	18-21	12,30
		22-25	12,48
		Mais de 25	11,74
Score Total QSM+	<0,02	18-21	72,88
		22-25	72,28
		Mais de 25	66,55

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na variável Satisfação Pessoal, Autocontrolo, Autonomia e Total do QSM+ quando se compara por idade. Os

adultos com mais de 25 anos são os que apresentam valores de média inferiores, pelo que apresentam valores absolutos superiores nestes fatores.

De seguida, gerou-se a análise inferencial com o intuito de testar como reagem os Fatores do QSM+ e o Score de Vulnerabilidade Psicológica relativamente aos diferentes tipos de género dos sujeitos, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Tabela 17 – Análise Inferencial do Género em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

Relação entre Variáveis	p.	Média por género	
		Feminino	Masculino
Score Total QSM+	<0,6	71,94	71,16
Score da Vulnerabilidade Psicológica	<0,05	3,1	2,8
Satisfação Pessoal	<0,11	15,09	14,11
Atitude Pró-Social	<0,048	6,67	7,44
Autocontrolo	<0,39	11,41	10,59
Autonomia	<0,30	10,13	9,17
Resolução de Problemas e Autoatualização	<0,18	16,41	17,48
Habilidades de Relação Interpessoal	<0,98	12,24	12,37

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na variável Atitude Pró-Social. As mulheres apresentam valores de média mais baixos, assim indicam valores superiores de Atitude Pró-Social relativamente aos homens. Nas restantes variáveis, não se verificam diferenças com significado estatístico.

Procedeu-se à análise inferencial com o intuito de testar como reagem os Fatores do QSM+ e o Score de Vulnerabilidade Psicológica relativamente aos diferentes estados civis dos participantes, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Tabela 18 – Análise Inferencial do estado civil em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

Relação entre Variáveis	p.	Estado Civil	Média
Score da Vulnerabilidade Psicológica	<0,146	Casado(a)/União de Facto	2,9
		Divorciado/Separado	2,5
		Solteiro	3,1
Satisfação Pessoal	<0,01	Casado(a)/União de Facto	12,51
		Divorciado/Separado	12,50
		Solteiro	15,21
Atitude Pró-Social	<0,801	Casado(a)/União de Facto	6,83
		Divorciado/Separado	6,5
		Solteiro	6,76
Autocontrolo	<0,04	Casado(a)/União de Facto	10,07
		Divorciado/Separado	8,83
		Solteiro	11,45
Autonomia	<0,01	Casado(a)/União de Facto	8,88
		Divorciado/Separado	7,17
		Solteiro	10,15
Resolução de Problemas e Autoatualização	<0,04	Casado(a)/União de Facto	14,85
		Divorciado/Separado	14,33
		Solteiro	16,71
Habilidades de Relação Interpessoal	<0,337	Casado(a)/União de Facto	11,56
		Divorciado/Separado	11,33
		Solteiro	12,33
Score Total QSM+	<0,001	Casado(a)/União de Facto	64,71
		Divorciado/Separado	60,76
		Solteiro	72,61

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na variável Satisfação Pessoal, Autocontrolo, Autonomia, Resolução de Problemas e Autoatualização e total do QSM+ quando se compara por estado civil. Os solteiros apresentam valores de média superior em relação a todos os fatores indicados relativamente aos casados ou divorciados. Indicando assim que os solteiros apresentam valores inferiores de pontuação nos fatores mencionados quando comparados com os outros estados civis.

Procedeu-se à análise inferencial com o intuito de testar como reagem os Fatores do QSM+ e o Score de Vulnerabilidade Psicológica relativamente à quantidade de tempo despendidas com os amigos fora do contexto faculdade/emprego, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Tabela 19 – Análise Inferencial do tempo despendido com os amigos em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

Relação entre Variáveis	p.	Regularidade	Média
Score da Vulnerabilidade Psicológica	<0,001	Raramente	3,33
		1 a 2 vezes por mês	3,0
		1 vez por semana	2,9
		2 a 3 vezes por semana	2,9
		Mais de 3 vezes por semana	2,6
Satisfação Pessoal	<0,07	Raramente	16,16
		1 a 2 vezes por mês	14,55
		1 vez por semana	14,71
		2 a 3 vezes por semana	13,96
		Mais de 3 vezes por semana	13,74
Atitude Pró-Social	<0,61	Raramente	6,82
		1 a 2 vezes por mês	6,85
		1 vez por semana	6,61
		2 a 3 vezes por semana	6,74
		Mais de 3 vezes por semana	6,77
Autocontrolo	<0,11	Raramente	11,78
		1 a 2 vezes por mês	11,39
		1 vez por semana	10,85
		2 a 3 vezes por semana	11,29
		Mais de 3 vezes por semana	10,41
Autonomia	<0,052	Raramente	10,64
		1 a 2 vezes por mês	9,83
		1 vez por semana	9,76
		2 a 3 vezes por semana	9,76
		Mais de 3 vezes por semana	9,08
Resolução de Problemas e Autoatualização	<0,295	Raramente	17,10
		1 a 2 vezes por mês	16,38
		1 vez por semana	16,22
		2 a 3 vezes por semana	16,47
		Mais de 3 vezes por semana	15,74
Habilidades de Relação Interpessoal	<0,001	Raramente	13,06
		1 a 2 vezes por mês	12,39
		1 vez por semana	12,08
		2 a 3 vezes por semana	11,08
		Mais de 3 vezes por semana	11,10
Score Total QSM+	<0,06	Raramente	75,56
		1 a 2 vezes por mês	71,40
		1 vez por semana	70,24
		2 a 3 vezes por semana	69,31
		Mais de 3 vezes por semana	66,85

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na variável Score da Vulnerabilidade Psicológica, Satisfação Pessoal, Habilidades de Relação Interpessoal e o Score Total do QSM+ quando se compara por tempo despendido com os amigos fora do contexto faculdade/emprego. Os estudantes que respondem raramente apresentam valores de média mais elevados e por isso uma pontuação mais baixa em relação aos fatores indicados.

Procedeu-se à análise inferencial com o intuito de testar como reagem os Fatores do QSM+ e o Score de Vulnerabilidade Psicológica relativamente à conjugação de emprego com os estudos, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Tabela 20 – Análise Inferencial da conjugação de emprego com estudos em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

Relação entre Variáveis	P.	Emprego	Média
Satisfação Pessoal	<0,005	Sim	15,33
		Não	13,81
Atitude Pró-Social	<0,98	Sim	6,78
		Não	6,72
Autocontrolo	<0,15	Sim	11,45
		Não	10,84
Autonomia	<0,13	Sim	10,14
		Não	9,6
Resolução de Problemas e Autoatualização	<0,13	Sim	16,7
		Não	16,02
Habilidades de Relação Interpessoal	<0,47	Sim	12,38
		Não	11,86
Score Total QSM+	<0,04	Sim	72,79
		Não	68,86
Score Vulnerabilidade Psicológica	<0,04	Sim	2.9
		Não	3.1

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na variável Satisfação Pessoal, Score total do QSM+ e Score total da EVP quando se compara por conjugação de emprego com os estudos. Os estudantes que não conjugam emprego com os estudos mostram valores de média inferiores em relação aos fatores referidos pelo que apresentam valores absolutos maiores de pontuação.

Horas de Sono

Procedeu-se a uma análise inferencial com o intuito de testar como reagem os Fatores do QSM+ e o Score de Vulnerabilidade Psicológica relativamente aos diferentes números de horas de sono efetivas , tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Tabela 21 – Análise Inferencial das horas de sono em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

Relação entre Variáveis	P.	Nº Horas de Sono	Média
Score Total QSM+	<0,01	3-4	82,20
		5-6	74,07
		7-8	69,82
		Mais de 9	71,44
Score da Vulnerabilidade Psicológica	<0,001	3-4	3,5
		5-6	3,2
		7-8	2,9
		Mais de 9	2,8
Satisfação Pessoal	<0,001	3-4	18,80
		5-6	15,90
		7-8	14,14
		Mais de 9	14,80
Atitude Pró-Social	<0,81	3-4	7,20
		5-6	6,84
		7-8	6,69
		Mais de 9	6,8
Autocontrolo	<0,01	3-4	12,2
		5-6	11,89
		7-8	10,88
		Mais de 9	10,76
Autonomia	<0,86	3-4	10,9
		5-6	10
		7-8	9,95
		Mais de 9	10,36
Resolução de Problemas e Autoatualização	<0,06	3-4	19,4
		5-6	17
		7-8	16,07
		Mais de 9	16,76
Habilidades de Relação Interpessoal	<0,40	3-4	13,7
		5-6	12,43
		7-8	12,1
		Mais de 9	11,96

Tal como na conjugação com um emprego, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na variável Satisfação Pessoal, Autocontrolo, Score total do QSM+ e Score total da EVP quando se compara por número de horas de sono realizadas por dia. Os EES que dormem menos horas (3-4 horas) apresentam valores de média superiores em relação aos fatores do QSM+, representando, por isso, valores absolutos de SM+ inferiores. Nas restantes variáveis, não se verificam diferenças com significado estatístico.

Relações Interpessoais

Procedeu-se à análise inferencial com o intuito de testar como reagem os Fatores do QSM+ e o Score de Vulnerabilidade Psicológica relativamente às relações afetivas significativas vivenciadas pelo sujeito, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Tabela 22 – Análise Inferencial da relação afetiva com estudos em função dos Fatores do QSM+ e Score de Vulnerabilidade

Relação entre Variáveis	p.	Relação Afetiva	Média
Score da Vulnerabilidade Psicológica	<0,21	Sim	3,0
		Não	3,1
Satisfação Pessoal	<0,001	Sim	14,2
		Não	16,8
Atitude Pró-Social	<0,45	Sim	6,70
		Não	6,91
Autocontrolo	<0,53	Sim	11,18
		Não	11,61
Autonomia	<0,26	Sim	9,79
		Não	10,53
Resolução de Problemas e Autoatualização	<0,001	Sim	16,14
		Não	17,49
Habilidades de Relação Interpessoal	<0,03	Sim	11,91
		Não	13,08
Score Total QSM+	<0,005	Sim	69,93
		Não	76,42

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na variável Satisfação Pessoal, Resolução de Problemas e Auto atualização, Habilidades de Relação Interpessoal e Score total do QSM+ quando se compara os estudantes com ou sem relações afetivas significativas. Os estudantes com relações afetivas significativas apresentam valores de média inferiores em relação aos fatores mencionados constatando-se por isso valores absolutos superiores nas pontuações dos fatores mencionados.

2.1. Síntese de Resultados

A maior parte dos inquiridos são do género feminino (87,8%) e a quase totalidade são solteiros (90,89%). A média de idades é 22,5 anos (DP=5,88; Min=18 e Max=52). A maior parte dos EES está matriculado no 1º ano (36,82%), residentes na sua residência familiar de origem (68,6%), mais de metade não é bolsheiro (58,72%) e a maior parte não conjugam os estudos com o trabalho (75,97%).

A globalidade da população é estudante de enfermagem (77,9%), dos quais 65,5% correspondem ao primeiro ciclo de estudos e os restantes 12,4% aos diversos mestrados e pós-graduações na área de enfermagem. Relativamente à instituição, mais de metade dos estudantes são alunos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (72,7%), que conjuntamente com a restante distribuição de faculdades da cidade do Porto fixa a percentagem em 91,1% dos estudantes.

Dos 516 estudantes, 436 (84,50%) revelaram não ter antecedentes de doença mental diagnosticada em contrapartida 80 (15,50%) revelaram ser portadores de doença psiquiátrica. Questionados sobre a procura de um serviço de saúde devido a um problema de saúde mental nos últimos três meses, uma parte significativa da amostra 432 (83,72%) estudantes negaram a sua procura, em contraposto os restantes 84 (16,28%) estudantes que afirmaram a sua necessidade de procura. Os EES que otimizaram os recursos para ter acompanhamento em serviços de psiquiatria ou psicologia nos últimos 3 meses, assumem 234 (45,35%) dos estudantes serem acompanhados. Sobre a aquisição de medicação para algum problema de saúde mental, 45 (8,72%) dos estudantes demonstram necessidade no seu consumo.

As relações interpessoais significativas fazem parte da vida de 364 (70,54%) estudante. Tendo em conta a sua participação em atividades recreativas, apenas 74 (14,34%) estudantes dispensam o seu tempo para uma participação ativa em atividades recreativas, sendo a mais votada a participação em atividades da vida académica. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria referiu não consumir (64,73%).

As horas de sono explicitadas pelos estudantes, verifica que quanto maior o número de horas dormidas maior são os níveis de cada fator. Na mesma lógica, o aumento do tempo que descrevem como despendido com os colegas fora do contexto faculdade/emprego diminui o valor da média, demonstrando assim que quem despende de mais tempo traduz maiores valores de pontuação para cada fator, tal como os estudantes que em termos

comparativos apresentam ou não uma relação afetiva significativa, os estudantes com uma relação afetiva significativa apresentam um menor número de média em todos os fatores, demonstrando-se com melhor pontuação em cada fator.

Relativamente à percepção sobre a sua Vulnerabilidade Psicológica, os estudantes pontuam 18,2 pontos na EVP. O género feminino (3,1) apresenta valores de vulnerabilidade superiores. Já em relação à idade, os scores de maior vulnerabilidade compreendem-se as idades entre 22 e 25 anos (3,2). Em relação aos estados civis são os divorciados/separados que têm menores scores de vulnerabilidade (2,5), seguindo-se os casados ou em união de facto (2,9) e solteiros (3,1). Na satisfação com as horas de sono, os estudantes que se sentem satisfeitos com as horas que dedicam a dormir (2,7) têm um score de vulnerabilidade inferior aos que se sentem insatisfeitos (3,3). Os estudantes que dedicam raro tempo com os amigos fora do contexto de faculdade/emprego tem mais score na pontuação da sua vulnerabilidade (3,3).

No QSM+, os valores de SM+ obtidos delimitam-se entre 40 pontos (valor máximo) e 121 pontos (valor mínimo). A média da SM+ nos estudantes do ensino superior resultou em 71,84. Mediante a interpretação dos scores médios obtidos em cada um fator pode-se afirmar que o fator que apresenta, em média, níveis superiores na população em estudo é a Atitude Pró-Social (6,76) e aquele com níveis inferiores, em média, é a Resolução de Problemas e Auto atualização (16,54). Tendo em conta os resultados obtidos, é possível compreender que mais de metade (68,6%) da amostra apresenta níveis altos de Saúde Mental Positiva, 139 estudantes (26,94%) que se encontram no nível intermédio e os 3 estudantes (0,58%) que apresentam níveis baixos de pontuação do questionário.

O género feminino apresenta melhores resultados nos fatores Atitude Pró-Social e Resolução de Problemas e Autoatualização e Habilidades de Relação Interpessoal. Os fatores Satisfação Pessoal, Autocontrolo e Autonomia pertencem ao género masculino na pontuação mais elevada em cada fator. Os estudantes mais velhos (com mais de 25 anos) apresentam valores de pontuação mais elevada em todos os fatores, exceto na Atitude Pró-Social. Os solteiros apresentam os piores valores de pontuação na globalidade dos fatores. Não existem diferenças significativas no que toca ao ano em que se encontra matriculado. Os estudantes que conjugam um emprego com os estudos apresentam valores mais elevados em cada fator.

3. Discussão dos Resultados

Neste capítulo procede-se à reflexão e discussão sistematizada dos resultados, seguindo a ordem de relevância na qual foram propostos os objetivos deste trabalho de investigação, de forma a reconhecer a sua importância no alinhamento referencial apresentado na literatura.

O género feminino (87,8%) representa a maioria desta amostra. Esta participação mais ativa feminina vai-se multiplicando pelos vários estudos na literatura, Sequeira et al. (2019), apresenta nos seus resultados uma feminização da amostra e em particular da área da saúde como é o caso das profissões de enfermagem, também considera a maioria desta amostra (77,9%). Nogueira e os seus colaboradores (2021) realizaram um estudo junto dos EES do 1º ano em que compreendiam um universo de 446 mulheres representativo de 74,2% da amostra e que relacionam a sua relação com estudos efetuados anteriormente na Europa. Em Portugal, segundo os dados PORDATA (2019), há mais mulheres no ensino superior desde 1986, sendo que na saúde representam 77% dos EES, assim é importante, aplicar este questionário a nível nacional, através do seu envio pelas universidades, para conseguir compreender em que medida esta feminização de resultados não será influenciada pelos rácios nas universidades escolhidas para o seu preenchimento.

A maioria dos EES não estão deslocados da sua residência familiar (68,6%) e mais de metade é não bolseiro (58,7%). A quase totalidade não conjuga os estudos com o trabalho (76%). Trata-se, assim, de uma congruência com dados já comprovados num estudo apresentado Morais et al., (2019), sendo o ingresso no ensino superior associado a uma fase de transição, pode não permitir a frequência de um emprego por falta de disponibilidade, por outro lado a ajuda bolseira não chega a todos os alunos sendo vivida maioritariamente em famílias com baixa qualificação, com prováveis consequências, designadamente no rendimento familiar. Parece haver uma concordância com os dados obtidos por Loureiro (2018), que ao analisar a presença de diferenças estatísticas significativas entre a SM+ e o facto de estar deslocado, verifica-se através do teste de Mann-Whitney, que estas não se encontram diferenças com significância estatísticas. Assumindo-se assim esta população com uma fragilidade acrescida, em alinhamento com os estudos de Nogueira e Sequeira (2017), permitem concluir que maior nível socioeconómico tem uma relação positiva com a SM. Nesta medida a comunidade académica integra vários desafios, sendo que pessoas de grupos menos privilegiados

socioeconomicamente têm o dobro do risco de ter problemas de saúde mental, quando comparadas com as pessoas de grupos mais privilegiados (Portugal, 2019), designadamente no combate às desigualdades sociais e económicas em benefício da saúde destes EES.

Dos EES deste estudo, mais de metade assume ter uma relação afetiva significativa (70,54%), da qual uma grande percentagem refere estar satisfeito, todavia destacam-se 29,46% dos EES que assumem não estar satisfeitos com a sua vida afetiva. A dimensão afetivo-emocional trata-se de um elemento importante da experiência dos EES, caracterizando-se por um período inerentemente vivido pelas emoções, sentimentos, sensibilidades, vulnerabilidades e afetos, demonstrando-se na forma como o afeto é vivido que pode influenciar positiva ou negativamente o indivíduo na sua transição. As instituições de educação superior dedicam-se ao pensamento pela racionalidade, negligenciando com frequência a questão afetiva e emocional que integram, por um lado os processos de produção de conhecimento, e por outro o processo de transição e adaptação ao ES que requer níveis de autonomia e maturidade que nem sempre são possuídos pelos EES.

Assim, estes resultados despertam para a inevitabilidade de uma maior atenção aos níveis de desenvolvimento psicossocial dos EES, pelo que seria interessante investir em futuros estudos, diferentes aspetos da vida universitária, que possibilitem a construção de programas de apoio aos EES, para que estes contribuam para sua formação e o seu sucesso académico, mas, também, para o cumprimento do papel social das instituições de ensino superior. A amostra trata cerca de 516 alunos de enfermagem, importa relacionar este fator com os resultados obtidos com o estudo de Tavares (2019) que identificou nos estudantes do curso de enfermagem dificuldades relacionadas com o desenvolvimento de competências socioemocionais. Assim, necessitamos de utilizar os dados encontramos nesta dissertação para que estudos futuros se debrucem acerca da dimensão socioemocional nos estudantes de enfermagem como uma ferramenta de *coping* para lidar com as mudanças implícitas a esta fase e ainda evoluir nas competências como futuros enfermeiros nas áreas da segurança, sensibilidade e criatividade.

O tempo dedicado ao sono é percecionada pela maioria (54,07%) dos EES como não satisfatório, sendo percecionado o número de horas que dormem insuficientes para a satisfação das suas necessidades, apesar disso praticamente a totalidade não toma medicação para dormir, apenas 9,88% dos estudantes admite tomar medicação para dormir. Estes dados estão congruentes com os dados de Lelis et al. (2020) e Cunha (2021), que observaram o mesmo em 5,3% e 3,8% dos EES da sua amostra em estudo,

respectivamente. Silva et al. (2016) e Mendes et al. (2019) reportam problemas relacionados com o sono e, consideram-se na sua maioria, que estes são relativos às exigências académicas, tendo em conta as horas dispensadas para o estudo, trabalhos, deslocações, mas também ao lazer. Este estudo reforça ainda toda a importância da promoção da saúde dos EES, tendo em conta nos seus programas, a higiene do sono, a sensibilização sobre a toma de psicofármacos, entre outros, no contexto académico.

A maioria dos EES assume não praticar regularmente exercício físico (58,53%). Relativamente à alimentação, 25,58% assume não ter uma alimentação saudável, não ingerindo diariamente frutas e legumes (12,02%) com uma média de refeições por dia de 4,5. Estes dados vêm reforçar e mostram-se em concordância com dados recolhidos anteriormente, na medida em que os EES priorizam outras questões em detrimento da prática de exercício físico, tornando-se mais sedentários, tendo consequências na sua saúde como a obesidade ou com excesso de peso e têm nutrição deficiente (Silva, 2016). Como sugestão, seria importante cruzar estes valores com universidades portadoras do curso de Desporto e Nutrição na possibilidade de integrar estratégias aliciantes para a prática desportiva e de adoção de uma alimentação saudável, tendo em conta os potenciais benefícios para toda a comunidade académica. Ainda segundo estudos anteriormente recolhidos, os estilos de vida desenvolvidos durante o período universitário tendem a estender-se ao longo da vida adulta. As instituições de ES têm um papel preponderante para a construção, disseminação e aplicação de conhecimentos sobre saúde pública, sobre promoção da saúde e ainda sobre desenvolvimento sustentado num mundo globalizado (Soares et al., 2015).

Dos dados recolhidos, verificam-se padrões de consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas no quotidiano dos EES. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas 35,27% assumem consumir e fazem-no maioritariamente uma a duas vezes por mês. Em 2018, a OMS reconheceu a Europa como o continente onde mais se consome álcool em EES. O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SIDAC, 2019) menciona que, relativamente aos consumos escolares e na faixa etária dos EES, se percebem valores de consumos em crescendo. O consumo de outras substâncias como haxixe, heroína, cocaína, LSD ou outras foi impugnado pela maioria dos sujeitos da amostra (96,71%), ainda assim, dos que consomem (3,29%), a prevalência foi denotada de igual forma em ambos os géneros, com consumos de uma a duas vezes por mês. No estudo de Cunha (2020), a percentagem de EES consumidores rondavam os 4,4% da amostra, sendo que a autora alerta para a forma como estes consumos promovem a aquisição de comportamentos e

atitudes de saúde negativos, pelo seu caráter exploratório (associado aos rituais de integração) e/ou por serem as primeiras decisões independentes, ou seja, não sujeitas ao controlo parental (Morais et al., 2019).

No que diz respeito ao consumo de tabaco, os resultados obtidos aproximam-se da prevalência de consumos entre EES descrita por Guerra et al. (2017) de 15% e por Cunha (2021) de 8,2%. Uma minoria dos EES admite consumir (11,43%) em média 6,2 cigarros por dia, estes resultados inferiores aos reportados pela DGS (Portugal, 2015a) que indicam que 34% dos EES fumam, este valor pode ser explicado pelas inúmeras campanhas de comportamentos de saúde saudáveis que têm ocorrido na comunidade académica produzindo alterações na redução de consumos, ainda que a vivência da pandemia se configura-se como um momento oportuno para o aumento do seu consumo como estratégia de *coping* os valores obtidos parecem não estar em linha com esta hipótese. O tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário justificando a criação de um Programa Nacional para a prevenção e controlo (2012-2016, extensão a 2020), apresentando-se como um dos principais fatores de risco cardiovascular modificáveis.

Outro ponto relevante a evidenciar dos resultados deste projeto prendem-se com a ambiguidade, já descrita por Sequeira et al. (2019), dos estudantes apresentarem na sua maioria valores de SM+ no nível alto e simultaneamente através da sua caracterização sociodemográfica 45,35% dos EES referiram ter ou já ter tido acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, 15,5% menciona ter um histórico de doença mental e 8,72% admite tomar medicação para um problema de SM. A teoria de Meleis (2010), permite-nos relacionar a influencia destes fatores com os desafios característicos desta etapa vivenciada pelos EES, e o esforço adicional de adaptação destes pode refletir-se em pior SM+. As intervenções realizadas pelo EESMP direcionada aos EES no sentido de ultrapassarem as exigências desta transição com sucesso, designadamente através do fortalecimento da resiliência face às dificuldades, com base em abordagens de promoção de saúde, focadas no empoderamento e capacitação para aumentar os processos saudáveis.

Quando analisados os níveis de SM+, a maioria dos EES se posicionam no nível mais elevado de SM+. Se por um lado, as mulheres apresentam um total de 78,3% de nível ótimo e os homens um total de 76,1%, não é possível negligenciar os valores intermédios de 20,1% e 23,8% respetivamente, nem os valores de baixa SM+ de 1,6% que apresentam. Posto isto, é de especial interesse desta dissertação concluir a necessidade real para investir no potencial dos EES no lidar com as adversidades e, por outro lado, permitir identificar os

níveis de vulnerabilidades nos EES tendo em conta os determinantes em SM percebidos (Ferreira et al.) (2016). Estes resultados alinham-se com a maioria dos estudos nacionais e ainda, coerentes com os dados internacionais (Nogueira, 2017; Selvaraj et al., 2018; Teismann et al., 2019). Seria interessante devolver estes dados aos EES no sentido de desenvolver estudos para perceber em conjunto com os EES, respostas e oportunidades de resolução para as disparidades na sua pontuação de SM e nos seus determinantes de vulnerabilidade.

Sequeira e colaboradores (2019) nos EES em Portugal e Espanha, apresentam resultados médios de 83,4 para o QSM+, indicando um nível alto de SMP, resultado que vai de encontro ao obtido no presente estudo. Contudo, quando analisamos as pontuações médias de cada fator, neste presente documento neste estudo a Atitude Pró-Social foi reconhecida como o fator com maior pontuação e a Resolução de Problemas e Autoatualização como o fator com menor pontuação, tais resultados não se confirmaram com os do estudo mencionado, em que a Atitude Pró-Social foi mencionada como o fator com menos pontuação e a Satisfação Pessoal como o fator com maior pontuação.

Apesar dos EES se posicionarem no nível mais alto de SM+ na sua globalidade, merecem particular atenção alguns aspetos, nomeadamente: 51,36% admite que os problemas os bloqueiam facilmente; 45,5% preocupa-se facilmente com o que os outros pensam de si; 52,9% sente que as opiniões dos outros influenciam muito na hora de tomar as suas decisões; 46,5% preocupa-se que as pessoas os critiquem; 51,7% sente inseguranças em tomar decisões pessoais quando tem de tomar decisões pessoais e 39,9% tem dificuldades em relacionar-se com o chefe ou professor. Estas frequências de respostas por parte dos EES evidenciam défices de autoestima, de satisfação pessoal e de habilidade de relação interpessoal, partes constituintes do questionário de SM+ e estão em concordância com os desafios inerentes desta etapa vivenciada pelos EES, de acordo com Meleis (2010), associando um esforço adicional de adaptação destes pode refletir-se num pior nível da sua SM+. Esta investigação reforça a necessidade das intervenções dirigidas à promoção de saúde do EES para ultrapassar as exigências desta transição com sucesso, designadamente através da facilitação, focado no empoderamento e capacitação para os processos saudáveis.

Os dados encontrados neste estudo vão de encontro ao estudo comparativo de Pérez et al. (2018), entre os níveis de saúde mental por fator e o género, estes autores concluíram que se por um lado as mulheres apresentam maior pontuação na Satisfação Pessoal, Atitude

Pró-Social e Habilidade em Relações Interpessoais por sua vez os homens prevalecem no Autocontrolo e Autonomia, não havendo diferenças significativas no fator de Resolução de Problemas e Autoatualização. Estes dados são explicados do ponto de vista dos autores pela dependência afetiva e a preocupação de cuidar dos outros como uma característica prevalentemente feminina, enquanto ao género masculino são atribuídas competências mais objetivas, menos centrada nas emoções e conseqüentemente, com maior resposta na resolução de problemas. Por outro lado, a leitura de Loureiro (2018) compreende que se obtiveram diferenças estatísticas significativas no fator autocontrolo (F3) quando comparadas com o género, em conclusão deste estudo as médias nesta variável entre géneros, verificaram que o género masculino obteve valores superiores ao do género feminino neste fator, dados que corroboram o presente estudo, mostrando que os homens têm, efetivamente, maior perceção de autocontrolo.

A idade permitiu-nos compreender o impacto na SM+, sendo que ao longo do presente estudo foi possível compreender que há medida que aumentávamos a idade se produziam mudanças no nível alto de SM+. Quando dividimos a classe de idades por 18-21 anos, 22-25 anos e mais de 25 anos, os níveis altos de SM+ traduzem-se por 214 estudantes (64,48%), 78 estudantes (70,91%) e 62 estudantes (83,78%), respetivamente. Estes dados vão de encontro com os estudos anteriores, referentes à faixa etária entre 23 e 30 anos considerar-se um período em que muitos dos jovens adultos estão a adquirir maturidade emocional, numa fase de maior autonomia pessoal e profissional que pode gerar experiências que necessitem de melhor gestão das emoções (Tavares, 2020).

Se por um lado, o Programa Nacional de Saúde Escolar (2019) nos elucida para a importância da aplicação de programas para aumentar as competências socioemocionais bem como, a necessidade de implementação de estratégias que permitam compreender o nível de saúde mental entre os estudantes, os dados deste estudo recolhidos através do item 30. “Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores” compreendem que 25,78% da amostra responde quase sempre/sempr e na maioria das vezes. Tal observação tem repercussões na procura de ajuda dos estudantes junto das figuras de referência dos estabelecimentos de ensino, nomeadamente os professores, podendo colocar em obstáculos implementação de programas que promovam a SMP dos EES, de que é exemplo o Mentis Plus+. Denota-se a importância de estudos futuros, os investigadores procurarem compreender quais os propósitos desta incompatibilidade da relação estudante-professor na procura de ajuda para um eventual problema de saúde mental que os EES percecionam.

Tendo em conta a Vulnerabilidade Psicológica percebida pelos EES, Nogueira et al. (2021) num estudo sobre a vulnerabilidade psicológica tendo em conta o género em estudantes do primeiro ano do ensino superior, mostram que estes estudantes apresentam um alto score de vulnerabilidade psicológica (16,6) embora a amostra masculina se encaminhe para a não percepção da sua vulnerabilidade, as mulheres parecem ter presente esta noção de auto percepção, em linha com os dados obtidos neste projeto. Estas descobertas são interessantes porque "não se sentir vulnerável" pode apontar uma percepção distorcida dos níveis de SM entre os estudantes do sexo masculino, posto isto, como oportunidade futura está a necessidade de compreender a relação entre a vulnerabilidade psicológica percebida e a SM+ dos EES.

Irrevogavelmente, seria importante concluir esta reflexão sobre o *timeline* em que a mesma dissertação foi realizada. Assim este compromisso da SM+, pode também correlacionar-se a pandemia imposta com os níveis médios de ansiedade, depressão e stress, demonstrados nos resultados superiores aos esperados tendo em conta o tipo de população, no ser estudante e jovem. Em congruência com outros estudos sobre a COVID-19, Maia e Dias (2020) compararam os resultados compreendidos entre em 2018 e 2019 com os resultados obtidos durante o início da pandemia, tendo verificado um aumento significativo nos níveis de ansiedade, depressão e stress nos estudantes universitários, podendo-se sugerir que o atual vírus provoca efeitos na saúde mental dos estudantes universitários (Kecojevic et al., 2020; Maia & Dias, 2020; Wang et al., 2020).

Limitações do Estudo

Conceitos como a Vulnerabilidade Psicológica e a Saúde Mental Positiva são um tema relativamente recente e em estudo mais atualizado na última década, e por isso, este estudo apresenta inerentemente limitações.

A primeira limitação deste projeto prende-se com as características da amostra, o seu princípio não-probabilístico, pode ter repercussões nos dados obtidos. Assim importa referir que uma divulgação do questionário a nível nacional, com autorização das instituições e divulgação através das associações de estudantes, aumentaria o número de participantes e os cursos em análise tornando-se mais representativa da população. Simultaneamente, a maioria dos indivíduos da amostra estuda na cidade do Porto e é estudante de enfermagem, sendo impossível generalizar os achados encontrados a outros cursos do ensino superior ou à amostra dos EES a nível nacional.

A segunda limitação deste estudo trata-se do momento em que foi realizado, período vigente à pandemia COVID-19. Perante este *setting*, é inverosímil não ponderar a influência que este teve nos EES que também foram afetados de forma "dramática", seja pela perda da própria saúde ou dos seus entes queridos, seja pelas alterações das atividades curriculares e a sua vivência académica, seja pela perda de trabalho ou devido a complicações económicas e sociais, e uma longa lista de determinantes que tornam cada pessoa, no seu microssistema, submetida a um teste de "alta tensão" na sua própria saúde mental positiva.

CONCLUSÃO

O acesso ao ensino superior configura-se uma transição múltipla para o estudante, implicando respostas humanas, que requerem uma logística adequada dos recursos pessoais para que esta se dê de uma forma saudável. Perante a escassez de dados sobre esta problemática revela-se de particular importância para o EESMP caracterizar a SM dos EES e com base na previa identificação de variáveis biopsicossociais com efeito positivo ou vulnerabilidade. Assim, o presente estudo contribui através dos seus dados analisados para a compreensão dos significados atribuídos pelos EES na vivência desta transição. O seu conhecimento é essencial para fundamentar intervenções de facilitação da transição neste âmbito, quer para o estudante quer para a equipa docente e de pares que o acompanha. Apesar de relevantes e prioritárias, no âmbito das Políticas de Saúde, a SM+ e a VP são áreas do conhecimento ainda deficitárias em Portugal, que veem agora ser lançados os primeiros passos na construção de uma teoria que permite ganhos em saúde da população em geral. Assim, o presente documento trata-se de mais um contributo para a compreensão da SM+ e a VP dos EES no contexto académico em Portugal.

A bibliografia mais recente tem-se focado na procura de variáveis biopsicossociais e situacionais para a explicação da saúde mental dos indivíduos que influenciam a sua vivência de transições, assim o documento inicia-se com o estudo das variáveis sociodemográficas, clínicas, relacionais, académicas, comportamentais e variáveis psicoafectivas para ser possível a sua relação com os instrumentos de recolha de dados. Posteriormente, a sua correlação destacou-se pela importância das conclusões que permitiram cruzar-se com estudos anteriores, na procura de contributos para a evidência científica, nomeadamente quanto à caracterização sociodemográfica e clínica, scores de QSM+ e EVP.

O primeiro objetivo desta investigação, centrou-se na avaliação da SM+ dos EES confirmando as conclusões de estudos anteriores, na medida em que se verificou que a maioria dos EES apresenta nível alto de SM+. Apesar disso 20,09% das mulheres e 23,81% dos homens situa-se no nível intermédio, valor que não deve ser negligenciado, bem como o valor de 1,6% de nível de SM+ baixo por parte do género feminino. A problemática dos níveis de SM diminuídos em conjunto com os 45,35% dos EES que referem já ter tido acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e dos quais 16,28% recorreu a um serviço de saúde mental nos últimos três meses demonstram-se como um critério pertinente para as conclusões deste estudo. Assim, importa que as instituições de ensino reforcem a sua

procura de soluções e oportunidades para fundamentar a indispensabilidade de investir no potencial dos EES para lidar com os problemas, e permitir ainda, identificar as possíveis vulnerabilidades dos mesmos.

No segundo objetivo pretendeu-se avaliar a Vulnerabilidade Psicológica dos EES, os resultados obtidos permitem-nos compreender que em média, os estudantes pontuam 18,2 pontos na EVP, indicando que a maioria dos participantes da amostra não se percebe como vulnerável. Realça-se nas respostas obtidas, percentagens de ordem significativa na resposta ao item “Quando não consigo atingir os meus objetivos, sinto-me um fracasso como pessoa” em que 37,60% dos indivíduos concorda parcialmente, bem como de destaque o discordar totalmente do item “Tenho plena consciência de me sentir frequentemente inferior aos outros” em 27,91% da amostra em estudo.

Por forma a complementar este estudo seria devolver os resultados aos EES e juntos compreender qual a melhor forma para melhorá-los. A inclusão das competências socioemocionais nos planos de estudos, seria um debate interessante para discussão com os EES, face à amostra representativa e em particular nos cursos de enfermagem, para que, sejam capazes de orientar as suas emoções e lidar com as múltiplas transições implícitas do ensino superior e futuramente no meio profissional.

Em suma, as principais conclusões deste estudo apontam para a relevância das necessidades identificadas, que complementam informação para num modelo interdisciplinar, englobar a ajuda de profissionais de saúde e instituições de ensino superior a desenhar e implementar programas dirigidos de promoção da saúde mental positiva, e prevenção de doença mental, com base na educação para a saúde dos EES.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abreu, M. (2002). Cinco ensaios sobre motivação. 2ª Edição. Coimbra: Livraria Almedina.
- Adlaf, E.M., Gliksman, L., Demers, A., Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health*. 50(2):67-72, 2001.
- Afonso, P. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health. *Acta Médica Portuguesa*, 33, 13.
- Afonso, P., & Figueira, M. L. (2020). Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental? COVID-19 Pandemic: What are the Mental Health Risks?. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*, 6, 1, 2-3
- Akkuş, M. Z., & Aydoğan, R. (2021). Emotional self-efficacy, resilience and psychological vulnerability: a structural equality modeling study. IX. 106-114.
- Almeida, J. (2018). A Saúde Mental dos Portugueses. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018. ISBN 978-989-8863-64-5.
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, R., ... Silva, J. (2011). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1.o Relatório. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde, Alto Comissariado da Saúde.
- Almeida, L. S., Araújo, A. M., & Martins, C. (2016). Transição e adaptação dos alunos do 1.o ano: Variáveis intervenientes e medidas de atuação. In Leandro S. Almeida & R. Vieira de Castro (Eds.), *Ser estudante no Ensino Superior: O caso dos estudantes do 1o. ano* (pp.146–165). Braga: CIEd, Universidade do Minho
- Almeida, L. S., Ferreira, J. A. G., & Soares, A. P. C. (2000). Questionário de vivências académicas: Construção e validação de uma versão reduzida (QVA-r). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 33, 181-207.
- Almeida, S. (2014). A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior: Estudo de Prevalência e Correlação. Universidade Nova de Lisboa.
- Alves, A., & Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127–131.
- Alves, S. (2018). Criação e validação de um programa promotor de saúde mental positiva em adolescentes. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado
- Amaro, J. & Dumith, S. (2018). Excessive daytime sleepiness and quality of life related to the health of university professors. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 67. 94-100.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (5 Th)*. Arglinton: American Psychiatric Association.

- Antunes, M. C. P. (2008). Educação, saúde e desenvolvimento. Coimbra: Almedina.
- APA, (2011). The Exercise Effect. Disponível em http://www.nxtbook.com/nxtbooks/apa/monitor_201112/indexemplophp?startid=51#/58
- Araújo, A. M., Santos, A. A., Noronha, A. P., Zanon, C., Ferreira, J. A., Casanova, J. R., & Almeida, L. S. (2016). Dificuldades antecipadas de adaptação ao Ensino Superior: Um estudo com alunos do primeiro ano. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 3(2), 102–111.
- Araújo, B. R., Almeida, L. S., Guisande, M. A. & Paul, M. C. (2006). Vivências e satisfação acadêmicas em estudantes do curso de enfermagem. *Revista GalegoPortuguesa de Psicología e Educación*, 13, 363-371.
- Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 469-480.
- Balsa, C., Urbano, C., & Vital, C. (2013). III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012. SICAD IP.
- Barker, P. (2000). Fundamentos da Terapia Familiar (1o ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck Self-Concept Test. *Psychological Assessment*, 2(2), 191–197.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Benavente, S., Da Silva, Rodrigo., Higashi, A., Guido, L., & Costa, A. (2014). Influence of stress factors and socio-demographic characteristics on the sleep quality of nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 48. 514-520.
- Benson, K., Flory, K., Humphreys, K. L., Lee, S. S. (2015). Misuse of stimulant medication among college students: a comprehensive review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. ;18(1):50-76.
- Besser, A., & Priel, B. (2003). A Multisource Approach to Self-Critical Vulnerability to Depression: The Moderating Role of Attachment*. *Journal of personality*. 71. 515-55.
- Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E., & Barkham, M. (2010). “Changes in undergraduate students’ psychological well-being as they progress through university.” *Studies in Higher Education*, 35(6), 633–645.
- Biddle, S., & Mutrie, N., & Gorely, T. (2015). *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being and Interventions*. 10.4324/9780203123492.
- Binelli, C., Ortiz, A., Muñiz, A., Gelabert, E., Ferraz, L., Filho, A., ... Martín-santos, R. (2012). Eventos negativos na infância e ansiedade social em estudantes universitários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(Supl1), S76–80.
- Blos, P. (1985). *Adolescência – Uma interpretação psicanalítica*. São Paulo. Martins Fontes. (Original publicado em 1962).
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud*. Masson. Barcelona

- Brito, M. (2013). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.
- Bulmer, S. (2015). Correlates and predictors of marijuana use among US undergraduates. *Addictive Behaviors*, 25(3), 206–217.
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child Maltreatment, Emotion Regulation, and Posttraumatic Stress: The Impact of Emotional Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(8), 801–819.
- Burris, J., Brechting, E., Salsman, J., & Carlson, C. (2009). Factors Associated with the Psychological WellBeing and Distress of University Students. *Journal of American College Health*, 57(5), 536–544.
- Buss, P.M., & Filho, A. P (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17 (1), p.77-93.
- Camarano, A. A., Mello, J. L.; Pasinato, M. T., & Kanso, S. (2004). Caminhos para a vida adulta: as múltiplas trajetórias dos jovens brasileiros [Versão eletrônica]. *Ultima Década*, 12(21), 11-50
- Campos, P. (2017). Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Campsen, N.A., & Buboltz, W.C. (2017). Lifestyle Factors' Impact on Sleep of College Students. *Austin J Sleep Disord.*; 4(1), 1-8.
- Candeias, H. (2019). Bem-estar, satisfação académica e atividades extra-académicas - um estudo na Universidade de Évora. Tese de Doutoramento. Universidade de Évora.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287.
- Carcel, C. (2000). Paradigma holístico. *Revista Trajectos e Projectos*, (2), 31-35
- Carreiro, A. (2005). Projecto Elos de Apoio: Um exemplo de voluntariado universitário. In A. Pereira & E. Motta (Eds.), *Ação social e aconselhamento psicológico no ensino superior: Investigação e intervenção - Actas do Congresso Nacional* (pp. 223-236). Coimbra: SASUC Edições.
- Carvalho T. M. C. S. et al. Qualidade do Sono e Sonolência Diurna Entre Estudantes Universitários de Diferentes Áreas. *Revista Neurociências*, [s.l.], v. 21, n. 03, p.383-387, 15 out. 2013.
- Casanova, J. R., & Almeida, L. S. (2020). Diversidade de públicos no Ensino Superior: Antecipando riscos na qualidade da adaptação e do sucesso académico em estudantes do 1º ano. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, XX(1), 27–45.
- Cazan, A. (2015). Learning Motivation, Engagement and Burnout among University Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 187. 413–417.
- Chow, H. (2010). Predicting academic success and psychological wellness in a sample of Canadian undergraduate students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 473–496.

Christensson, A., Runeson, B., Dickman, P., & Vaez, M. (2010). Change in depressive symptoms over higher education and professional establishment - a longitudinal investigation in a national cohort of Swedish nursing students. *BMC Public Health*, 10, 343.

Clow, A., and Edmunds, S. (2014). *Physical activity and mental health*. Human Kinetics, Champaign, IL. ISBN 9781450434331.

Collins, P.Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S. Scientific Advisory Board and the Executive Committee of the Grand Challenges on Global Mental Health, Anderson W, Dhansay MA, Phillips A, Shurin S, Walport M, Ewart W, Savill SJ, Bordin IA, Costello EJ, Durkin M, Fairburn C, Glass RI, Hall W, Huang Y, Hyman SE, Jamison K, Kaaya S, Kapur S, Kleinman A, Ogunniyi A, Otero-Ojeda A, Poo MM, Ravindranath V, Sahakian BJ, Saxena S, Singer PA, Stein DJ. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011 Jul 6;475(7354):27-30. doi: 10.1038/475027a. PMID: 21734685; PMCID: PMC3173804.

Compas, E. B. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.

Cooke, R., Bewick, B., & Barkham, M., & Bradley, M., & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance and Counselling*. 34. 505-517.

Costa, E., Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior – Avaliar para intervir. In S. M. Isabel Leal, José Luís Pais Ribeiro, Isabel Silva (Ed.), *Actas do 7o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 213–216). Porto: Universidade do Porto.

Costa, J. L., Dias, L., & Guerreiro, C. (2014). *Consumos, representações e perceções das novas substâncias psicoativas entre estudantes universitários*. Lisboa: SICAD.

Cruz, M. (2008). *Ansiedade e bem-estar na transição para o ensino superior: O papel do suporte social*. Universidade do Porto

Custódio, S. (2010). *Stresse, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro.

Davoren, M., Shiely, F., & Byrne, M., & Perry, I. (2015). Hazardous alcohol consumption among university students in Ireland: A cross-sectional study.

Dias, M. (2015). *Estudantes do ensino superior e transição para o mercado de trabalho*. Tese de Mestrado. Universidade dos Açores

Dias, M. G. F., Fontaine, A. M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. col. "Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas", Lisboa: FCG-FCT

Dierker, L., Stolar, M., & Lloyd-Richardson, E., & Tiffany, S., & Flay, B., & Collins, L., & Nichter, M., & Nichter, M., & Bailey, S., & Clayton, R. (2008). Tobacco, Alcohol, and Marijuana Use Among First-Year U.S. College Students: A Time Series Analysis*. *Substance use & misuse*. 43. 680-99.

Direcção-Geral da Saúde. (2015). *A saúde dos portugueses. Perspetiva 2015*. (DGS, Ed.). Lisboa: DirecçãoGeral da Saúde. Retrieved from <http://www.dgs.pt>

Dyrbye L.N, Thomas M.R, Shanafelt T.D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med.* 81(4):354-73.

Erikson (1968). *Identity: Youth and crisis*. NY: Norton & Company.

Exner-Cortens, D., Eckenrode, J., Rothman, E. (2013). Longitudinal associations between teen dating violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics.* 131(1):71-8.

Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37.

Ferrara, C. M. (2009). The college experience; physical activity nutrition, and implications for intervention and future research: *Journal of Exercise Physiology online*, 12(1), 1-10.

Ferreira, M. [et. al.] - Avaliação da saúde mental positiva de discentes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Especial 4*, (2016), p. 57-62.

Fonseca, A. M. F. (2020). Estratégias de coping e saúde mental de estudantes universitários no contexto da pandemia provocada pela COVID-19 [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa].

Fonte e Macedo (2020). [file:///C:/Users/c_cru/Downloads/7460-Texto%20do%20artigo-21489-1-10-20210131%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/c_cru/Downloads/7460-Texto%20do%20artigo-21489-1-10-20210131%20(4).pdf) Colocar LINK da Net.

Fonte, C., Ferreira, C. & Alves. S. (2016). Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: Relações entre psicopatologia e bem-estar. *Revista Psique, Vol. XIII*, 57-74.

Fontes, A., Vianna, R. (2009). Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste - Brasil. *Revista Brasileira De Epidemiologia*.

Fotiou, A., Kanavou, E., Richardson, C., & Kokkevi, A. (2014). Trends in the Association Between Prescribed and Non-Prescribed Use of Tranquillisers or Sedatives Among Adolescents in 22 European Countries. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift.* 31. 371-387.

Fromme, K., Corbin, W.R., Kruse, M.I. (2008). Behavioral risks during the transition from high school to college. *Dev Psychol.* 44(5):1497-504.

Fujita, K. (2011). On Conceptualizing Self-Control as More Than the Effortful Inhibition of Impulses. *Personality and Social Psychology Review*.

Garcia, I. (2016). Saúde mental positiva em adolescentes. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto

Germani, A.C.C.G., & Aith, F. (2013). Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 14 (1), 34-59.

Gierveld, J., Van Tilburg, T. (2006). A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness Confirmatory Tests on Survey Data. *Research on Aging.* 28. 10.1177/0164027506289723

Giesta, L (2016). Saúde Mental e Nível de Atividade Física em Estudantes do Ensino Superior. Universidade Fernando Pessoa. Tese de Mestrado.

- Goldstein, A. L., Flett, G. L., & Wekerle, C. (2010). Child maltreatment, alcohol use and drinking consequences among male and female college students: An examination of drinking motives as mediators. *Addictive Behaviors*, 35(6), 636–639.
- Gollust, S., Eisenberg, D., Golberstein, E. (2008). Prevalence and Correlates of Self-Injury Among University Students. *Journal of American college health: J of ACH*. 56. 491-8.
- Gomes, A., Tavares, J., Azevedo, H. (2011). Sleep and Academic Performance in Undergraduates: A Multi-measure, Multi-predictor Approach. *Chronobiology international*. 28. 786-801.
- Gonzalez, B., & Pais-Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens universitários. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 5(1), 107–127
- Gress-Smith, J., Roubinov, D., Andreotti, C., & Compas, B., & Luecken, L. (2015). Prevalence, Severity and Risk Factors for Depressive Symptoms and Insomnia in College Undergraduates. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*.
- Guerra, F. [et. al.] - Consumo de tabaco entre universitários: uma revisão sistemática. *REVISTA ONLINE DE PESQUISA*. Volume 9, nº2, 2017. p 558-565.
- Guerreiro, D. F., Figueira, M. L., Cruz, D., & Sampaio, D. (2015). Coping strategies in adolescents who self-harm: A community sample study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(1), 31–37.
- Haefel, G. J., & Hames, J. L. (2013). Cognitive Vulnerability to Depression Can Be Contagious. *Clinical Psychological Science*, (April), 1–11. <http://doi.org/10.1177/2167702613485075>
- Haefel, G., Gibb, B., Metalsky, G., Alloy, L., Abramson, L., Hankin, B., ... Swendsen, J. (2008). Measuring cognitive vulnerability to depression: Development and validation of the cognitive style questionnaire. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 824–836.
- Hamaideh, S. (2011). Stressors and reactions to stressors among university students. *The International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 69–80.
- Harford, T. C., Yi, H., & Grant, B. F. (2014). Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*, 38(8),
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1976). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-15.
- Hudson, G. (2006). Academic Performance of College Students: Influence of Time Spent Studying and Working. *The Journal of Education for Business*. 81. 151-159.
- Huh, H. J., Kim, S.-Y., Yu, J. J., & Chae, J.-H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of General Psychiatry*, 13, 26.
- Hurber, C., Walton, E. (2012). Homesickness and Adjustment in University Students. *Journal of American college Health: J of ACH*. 60. 415-9.

Impulses. *Personality and Social Psychology Review*. [Em linha] Vol. 15, nº 4 (2011) p. 352-366

Jahoda, M. (1958). Joint commission on mental health and illness monograph series: Vol. 1. Current concepts of positive mental health. Basic Books.

Jeste, D.V. (2018). Positive psychiatry comes of age. *Int Psychogeriatr*. 30(12):1735-1738. doi: 10.1017/S1041610218002211

Jones, L., Bellis, M., Dedman, D., Tocque, K. (2008). Attributable fractions for England. alcohol-attributable mortality and hospital admission.

Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.

Kecojevic, A., Basch, C. H., Sullivan, M., & Davi, N. K. (2020). The impact of the COVID-19 epidemic on mental health of undergraduate students in New Jersey, cross-sectional study. *PloS one*, 15(9).

Kessler, R. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191–214.

Kiekens, G., Claes, L., Demyttenaere, K., & Auerbach, R., & Green, J., & Kessler, R., & Mortier, P., & Nock, M., & Bruffaerts, R. (2016). Lifetime and 12-Month Nonsuicidal Self-Injury and Academic Performance in College Freshmen. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 46.

Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E., & Tai, S. (2013). Psychological Processes Mediate the Impact of Familial Risk, Social Circumstances and Life Events on Mental Health. *PLoS ONE*, 8(10)

Koller, S. H., Bernardes, N. M. G. (1997). Desenvolvimento moral Pró-Social: semelhanças e diferenças entre os modelos teóricos de Eisenberg e Kohlberg. *Estudos de Psicologia*. Vol. 2, nº 2 (1997) p. 223-262

Lakasky, C. (2006) "Operationalizing Mental Health for Population Mental Health Promotion" (unpublished), (Ottawa, Ont.: Public Health Agency of Canada, 2006)

Lamis, D. a, & Jahn, D. R. (2013). Parent-child conflict and suicide rumination in college students: The mediating roles of depressive symptoms and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, 61, 106–113.

Large, M. M., & Nielssen, O. B. (2013). Cannabis and mental health. *Medicine Today*.

Leal, I., Pimenta, F. & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos E Práticas*. Lisboa: Placebo.

Leite, A. (2016). *Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico*. Porto: Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado.

Lelis, K., Brito, R., Pinho, S., & Pinho, L. Sintomas de depressão, ansiedade e uso de medicamentos em universitários. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (23), 09-14, 2020.

Levinson, D. (1974). The psychosocial development of men in early adulthood and mid-life transition. In D. Ricks; A. Thomas & M. Roff (Eds). *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Lluch Canut, M. T. (2021). *Salud Mental Positiva. Cuidar la Salud Mental Positiva, en el contexto de la pandemia COVID-19 y hacía un futuro denominado "nueva normalidad"*. *Hermeneutic*, (19), 8–22

Lluch, M. (1999). *Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva*. Barcelona: Universidade de Barcelona, Faculdade de Psicologia, Departamento de Metodologia das Ciências do comportamento, 1999. Tese de doutoramento.

Lluch, M. (1999). *Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva*. Barcelona: Universidade de Barcelona, Faculdade de Psicologia, Departamento de Metodologia das Ciências do comportamento, 1999. Tese de doutoramento

Lluch, M. (2002). *Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva*. *Salud mental*. 2002, vol. 25, n.º 4.

Lluch, M. (2002). *Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva*. *Salud mental*. 2002, vol. 25, n.º 4.

Lluch, M. (2008). *Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados*. In Leite, Artur. (2016). *Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico*. Porto: Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado.

Lopes, E., Milheiro, I., & Maia, A. (2013). *Sleep quality in college students: a study about the contribution of lifestyle, academic performance and general well-being*. *Sleep Medicine*, 14, 185.

Loureiro, A. (2018). *Literacia e Saúde Mental Positiva*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado

Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L., & Pereira, A. (2009). *Stress e Percepção do Rendimento Académico no Aluno do Ensino Superior*. *Actas Do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.

Macaskill, A. (2013). *The mental health of university students in the United Kingdom*. *British Journal of Guidance and Counselling*, 41(4), 426–441.

Machado, M., Brites, R., & Sá, M. (2013). *Satisfação dos Estudantes do Ensino Superior – Análise e Discussão dos Resultados*. In, Magalhães, A., Machado, M. L.,

Machado, M.C., Alves, M.I., Couceiro, L., & Silva, F., Almeida, M., & Alves, I. (2014). *Planear a Família: o que pensam os estudante universitários*, http://83.240.153.196:8082/images/natalidadebrochura_finalissima4nov.pdf São 2 refs ?? ou tem um enter a mais ?

Maia, B. R., Dias, P. C. (2020). *Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19*. *Estudos de Psicologia*, 37.Portugal. Espaço e Economia, 17.

- Marguilho, R., Jesus, S., Viseu, J., & Rus, C., & Becker, N. (2014). Sleep and creativity: a quantitative review. 10.5682/9786062800147.
- Maroco, J., Assunção, H. (2020b). Envolvimento e Burnout no Ensino Superior em Portugal. In H. Pereira, S. Monteiro, G. Esgalhado, A. Cunha, & I. Leal (Eds.), 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Actas, (pp. 399–407). ISPA.http://wordpress.ubi.pt/13cnps/wp-content/uploads/sites/38/2020/02/13CongNacSaudec_.pdf
- Marshal, M. P. (2003). For better or for worse?. The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23, 959-997.
- Martins, J. S., Coelho, M. S., & Ferreira, J. A. (2010). Hábitos de consumo de álcool em estudantes do ensino superior universitário: Alguns dados empíricos. *Psychologica*, (53), 397-411.
- Matos, P. M., Costa, M. E. (1996). Vinculação e Processos Desenvolvimentais nos Jovens e Adultos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 45-54.
- Mattos, E. (2013). Transition to work among Brazilian disadvantaged youth: a longitudinal case study. Comunicação oral apresentada no Simpósio Developmental Trajectories in the Transition to Work, ISCAR, Roma, 8 de setembro.
- McCambridge, J., Mcalaney, J., Rowe, R. (2011). Adult Consequences of Late Adolescent Alcohol Consumption: A Systematic Review of Cohort Studies. *PLoS medicine*.
- McFarlane, H., Bellissimo, A, & Norman, G. R. (1995). Family structure, family functioning and adolescent well-being: the transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 36(5), 847–64.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0534-9
- Mendes, José [et. al.] - Qualidade do sono e sonolência em estudantes do ensino superior. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*. Vol. 5 (2019), p.38-48.
- Morais, C., Brito, I. e Tomás, C. – Pesquisa-Ação Participada na (Co)Construção de Percursos de Literacia em Saúde. In BRITO, Irma - Pesquisa-Ação Participativa na Co-Criação de Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde. Coimbra: Palimage, 2018. ISBN 978-989-703-215-8.
- Mostardinho, P. (2018). *Prevenção no consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino superior*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro
- Mowbray, C. T., Megivern, D., Mandiberg, J. M., Strauss, S., Stein, C. H., Collins, K., Kopels, S., Curlin, C., & Lett, R. (2006). Campus mental health services: Recommendations for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 226–237.
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015, 650804.

Nemer, A. S. de A., Fausto, M. A., Silva-Fonseca, V. A. da, Ciomei, M. H., & Quintaes, K. D. (2013). Pattern of alcoholic beverage consumption and academic performance among college students. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(2), 65–70.

Nerdrum, P., Rustøen, T., & Rønnestad, M. (2006). Student Psychological Distress: A psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research*.

Nichter, M., Nichter, M., Carkoglu, A., Lloyd-Richardson, E., & Tobacco Etiology Research Network (TERN). (2010). Smoking and drinking among college students: “It's a package deal”. *Drug and Alcohol Dependence*, 106(1), 16–20.

Nilsson, D. K., Gustafsson, P. E., & Svedin, C. G. (2012). Polytraumatization and trauma symptoms in adolescent boys and girls: interpersonal and noninterpersonal events and moderating effects of adverse family circumstances. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(13), 2645-64.

Nogueira, M. (2017). Saúde mental em estudantes do ensino superior: Fatores protetores e fatores de vulnerabilidade. Lisboa: Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2017. Tese de Doutoramento.

Nogueira, M.; Sequeira, C. & Sampaio, F. (2021): Gender differences in mental health, academic life satisfaction and psychological vulnerability in a sample of college freshmen: a cross-sectional study, *Journal of Gender Studies*.

Nolen-Hoeksema S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev.* 2004 Dec;24(8):981-1010.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.

Notre Dame de Naum University (NDNU) (2013). Student conduct office. Drug and alcohol abuse prevention program.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary, Health Promotion International, Volume 13, Issue 4. 349–364,

Ogden, T. (2004). The analytic third: Implications for psychoanalytic theory and technique. *The Psychoanalytic quarterly*. 73. 167-95.

Oliva, A., Jiménez, J. M. & Parra, A. (2009). Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress & Coping*, 22, 137-152.

Oliveira, J. (2008). A auto-eficácia como capital de identidade na transição para a adultez. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Oliveira, L.G., Alberghini, D.G., Santos, Bd., Andrade A.G. (2013). Polydrug use among college students in Brazil: a nationwide survey. *Braz J Psychiatry*. 2013 Jul-Sep;35(3):221-30.

O'Malley, P.M., Johnston, L.D. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *J Stud Alcohol Suppl.* 2002 Mar;(14):23-39.

- Organização Mundial da Saúde (1992a). International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision 1992 (ICD-10). Vol. 1: Tabular list. Vol.2: Instruction manual. Vol 3: Alphabetical index. Genebra, Organização Mundial da Saúde
- Organização Mundial de Saúde (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta: Datos y cifras [Em linha]. Geneva. OMS, 2018.
- Organização Mundial de Saúde. (1948). Constitution. WHO: Geneva.
- Organização Mundial de Saúde. (1978) Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care. Geneva: OMS, 1978.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta: Datos y cifras. [Em linha]. 2019.
- Orzech, K., Salafsky, D., Hamilton, L. (2011). The State of Sleep Among College Students at a Large Public University. *Journal of American College Health : J of ACH*. 59. 612-9.
- Paiva, T. (2015). Bom sono, boa vida. (7ªEd.). Alfragide: Oficina do Livro.
- Palacios, E. G., Zabala, A. F. (2009) El autoconcepto. In: El autoconcepto físico. Madrid: Ediciones Pirámide, 2009. ISBN: 978-84-368-2246-5. p. 23-58.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615
- Pereira, A., Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 1(14), 51-59.
- Pérez Villalobos, M. V., Valenzuela Castellanos, M. F., Díaz Mujica, A., González-Pienda, J. A., & Núñez Pérez, J. C. (2011). Disposición y enfoques de aprendizaje en estudiantes universitarios de primer año [First-year university students' disposition and approaches to learning]. *Universitas Psychologica*, 10(2), 441–449.
- Perez, L., Fuentes, N., Van Barneveld, H. (2018). Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo/Positive Mental Health in Mexican Adolescents: Differences by Sex. *Revista Costarricense de Psicología*. 37. 131.
- Pimentel, C. (2014). A Saúde Mental dos Estudantes do 6o ano de Medicina da UBI em preparação para a Prova Nacional de Seriação. Universidade Da Beira Interior.
- Pimentel, M. H., Mata, M. A. P., Anes, E. M. G. J. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN 1645-0083. 14:1, p. 185-204
- Pimentel, M., Mata, M., & Anes, M. (2013). Tabaco e Álcool em Estudantes: Mudanças Decorrentes do Ingresso no Ensino Superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), pp. 185-204
- Pinheiro, M., Ferreira, J. (2002). O Questionário de Suporte Social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*. 30. 315-333.
- Portugal. Conselho Nacional da Saúde. (2019). SEM MAIS TEMPO A PERDER. Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa, 2019. ISSN: 2184- 6960.

- Portugal. Ministério Da Saúde, Direção-Geral Da Saúde. (2015). A saúde dos portugueses. Perspetiva 2015. Lisboa: DGS, 2015.
- Pouzada, A., Almeida, L., & Vasconcelos, R. (Eds.). (2002). Contextos e Dinâmicas da Vida Académica (pp.153-165). Braga: Universidade do Minho. ISBN 972-8692-04-8
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M., Diniz, J., & Simões, C. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenas, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 29(1), 11–21.
- Reilly-Harrington, N., Alloy, L., Fresco, D. y Whitehouse, W. (1999). Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 567-578.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2013a). Nationwide Survey on HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Risk Behaviour in university students of Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, e99, 1-10
- Reyes-Rodríguez, M., Rivera-Medina, C., Cámara-Fuentes, L., Suárez-Torres, A., & Bernal, G. (2012). Depression symptoms and stressful life events among college students in Puerto Rico. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 324–330. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.010>
- Ribeiro, M., Fernandes, A., & Correia, T. (2013). Satisfação com a vida académica em estudantes do Ensino Superior Público Português. *Revista Egítania Scientia*, 12(1), 63-80. ISSN 1646-8848.
- Ribeiro, V., Messias, C. (2016). A educação em saúde no ambiente escolar: um convite à reflexão. *Impulso*. ISSN: 2236-9767. volume 26, nº67, p. 39-52.
- Rodrigues, N. (2012). Contributos da prática de atividade física no estilo de vida e no bem-estar psicológico: estudo com alunos do ensino superior da Universidade do Algarve. Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve.
- Royal College of Psychiatrists. (2011). *Mental Health of Students in Higher Education*. College Report CR116. September, 2011. London.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(02), 335–344.
- Sá, M. J. (Orgs.), *Satisfação dos Estudantes do Ensino Superior Português*, pp. 63–177, CIPES. ISBN 978-989- 8597-02-1.
- Sandin, B. (2003). El estres: Un analisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
- Santos, M.L.R.R. (2011). Saúde Mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Universidade de Aveiro.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 932–946. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.5.932>

- Satici, S., Uysal, R., Yilmaz, M. & Deniz, M. (2016). Social Safeness and Psychological Vulnerability in Turkish Youth: The Mediating Role of Life Satisfaction. *Current Psychology*, 35, 22-28.
- Sawatzky, J.-A. V. (1998). Understanding nursing student's stress: a proposed Framework. *Nurse Education Today*, 18(2), 108-115.
- Schleich, A., Polydoro, S., Santos, A. (2006). Escala de Satisfação com a Experiência Acadêmica de Estudantes no Ensino Superior. *Avaliação Psicológica*, 5(1). 11- 20. ISSN 2175-3431
- Schmidit, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19).
- Schneider, L., & Schimmack (2009). Self-informant agreement in well-being ratings: a meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 37, 100-106. ISSN: 0191-8869
- Schulenberg, J., & Zarrett, N. (2006). Mental Health During Emerging Adulthood: Continuity and Discontinuity in Courses, Causes, and Functions. *Emerging Adults in America: Coming of Age in the 21st Century*.
- Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e alçapões. *Psicologia e Educação*, 4, 7-21.
- Seligman, M. (2012). *Florescer: Uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Selvaraj, P. e Bhat, C. - Predicting the mental health of college students with psychological capital. *Journal of Ment Health*. ISSN:1360-0567. nº 27(3), (2018) p. 279–287.
- Sequeira, C., Lluch, M. (2015). *Saúde Mental Positiva - Conferência apresentada no Dia Mundial da Saúde Mental na Escola Superior de Saúde de Viseu*. [Em linha]. Viseu: 2015.
- Sequeira, C., Sampaio, F. (2020) – *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel, 2020. ISBN 978-989-752-413-4.
- Sequeira, Carlos [et. al.] (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. nº11(2014), p. 45-53
- Serras, A., Saules, K., Cranford, J., & Eisenberg, D. (2010). Self-Injury, Substance Use, and Associated Risk Factors in a Multi-Campus Probability Sample of College Students. *Psychology of addictive behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 24. 119-28.
- SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Divisão de Estatística e Investigação e Divisão de Informação e Comunicação (2013). *Relatório Anual 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Ministério da Educação e Ciência - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/59/Relatorio_Anuual_2012.pdf

Silva, A. - Estilos de vida em estudantes do ensino superior. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2016. Tese de Doutoramento.

Silva, M., Chaves, C., Duarte, J., Amaral, M., & Ferreira, M. (2016). Sleep Quality Determinants among Nursing Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 217. 999-1007.

Silveira, C. et al. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior: Experiência da Consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João. *Rev. Acta Med Port*. 2011; 24(S2): 247-256, 2011.

Silvestre, S.; Rowland, J.; Melo, R. (2012). Consumos e estilos de vida dos estudantes do ensino superior. Lisboa: Conselho Nacional da Juventude em parceria com o Observatório Permanente da Juventude do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (UL) e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

Sinclair, V., & Wallston, K. (1999). The Development and Validation of the Psychological. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 119–129.

Sinclair, V., & Wallston, K. (2010). Psychological vulnerability predicts increases in depressive symptoms in individuals with rheumatoid arthritis. *Nursing Research*, 59(2), 140–146.

Siqueira, M., Padovam, V. (2008) Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [Em linha] Vol. 24, nº 2 (2008), p. 201-209.

Snyder, C. R., Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva. Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Artmed, 2009. ISBN: 978-853-63165-6-7

Soares, A., Pereira, M., & Canavarro, J. (2015). Saúde e qualidade de vida na transição para o ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v.15, n.2, 356-379.

Soares, A., Vasconcelos, R. & Almeida, L. (2002). Adaptação e satisfação na universidade: apresentação e validação do Questionário de Satisfação Académica.

Soares, M. (2014). Bem-estar Psicológico em Estudantes do Ensino Superior: Caracterização, Correlatos e Proposta de Intervenção. Mestrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Sousa, K., de Medeiros, E., de Araujo, L., & Belo, R. (2019). Representações sociais do álcool entre estudantes universitárias brasileiras. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 161-181.

Souza, M., & Baptista, M. (2008). Associações entre Suporte Familiar e Saúde Mental. *Psicologia Argum*, 26(54), 207–215

Souza, M., Baptista, A., & Baptista, M. (2010a). Relação Entre Suporte Familiar, Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 143–154.

Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., & Corcoran, P., & Arensman, E. (2019). How suicide-bereaved family members experience the inquest process: a qualitative study using thematic analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*.

Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2010a). A systematic review: Students with mental health problems a growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1–6.

Supe, A.N. (1998), A study of stress in medical students at Seth G.S. Medical College, *Journal of Postgraduate Medicine*, 44 (1), 1-6.

Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., & John, N. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide & life-threatening behavior*. 44.

Teismann, T; Brailovskaia, J; Margraf, J. - Positive mental health, positive affect and suicide ideation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Nº 19 (2019), p.165-169.

Thomas, J., Altareb, B. (2012), Cognitive vulnerability to depression: An exploration of dysfunctional attitudes and ruminative response styles in the United Arab Emirates. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85: 117– 121.

Tomé, G., de Matos, M. G., Camacho, I., Simões, C., & Diniz, J. A. (2012). Portuguese adolescents: The importance of parents and peer groups in positive health. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1315–1324.

Turner, A. P., Hammond, C. L., Gilchrist, M., & Barlow, J. H. (2007). Coventry university students' experience of mental health problems. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(3), 247-252.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. Prevention Gap Report. Geneva: UNAIDS, 2016. 286p. Disponível emURL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf

Ünner, S. & Özcebe, H. (2008). Assessment of depression and risk factors using Beck Depression Inventory in high-school students. *Erciyes Medical Journal*, 30(4), 350-358.

Uysal, R. (2015). Social Competence and Psychological Vulnerability: the mediating role of Flourishing. *Psychological reports: relationships and communication*, 117(2), 554-565

Vaigankar, J. Subramaniam, M. Wei, Y. Abdin, E. et al. (2018). Psychometric properties and population norms of the positive mental health instrument in a representative multi-ethnic Asian population. *BMC Medical Research Methodology*, 2018, V.18, Nº29.

Vaillant, G. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*. Boston. Nº 11 (2012), p.93-99.

Vidoureke, R., Burgage, M. (2019). Saúde Mental Positiva e o estigma em saúde mental: um estudo qualitativo na avaliação das atitudes dos estudantes. *Mental Health & Prevention*. United States. ISSN 2212-6570. Nº13 (2019) p.1–6.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019

Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(5), 1–25. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wang, Y., Zhao, X., Feng, Q., Liu, L., Yao, Y., & Shi, J. (2020). Psychological assistance during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *J Health Psychol.*, 1–5.

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., & Eckenrode, J., & Barreira, P., & Abrams, G., & Marchell, T., & Kress, V., & Girard, K., & Chin, C., & Knox, K. (2011). Nonsuicidal Self-Injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American College Health : J of ACH*. 59. 691-8.

Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59–68.

Yan, Y.-W., Lin, R.-M., Su, Y.-K., & Liu, M.-Y. (2018). The relationship between adolescent academic stress and sleep quality: A multiple mediation model. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 46(1), 63–77.

Zhang, A.; Tao, H.; Ellenbecker, C. H. & Liu, X. (2013). Job satisfaction in mainland China: comparing critical care nurses and general ward nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 1725–1736.

Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.

Zubrick, S., Kovess-Masfety, M. (2005) Indicators of mental health. In: Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R., (Eds) *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and University of Melbourne. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO



45262



Código

ID

Questionário de Literacia e Saúde Mental Positiva Versão Estudantes do Ensino Superior

(Sequeira, Ferreira, Carvalho, Ribeiro & Pires, 2018)
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Exmo.(a) Sr. ou Sr(a),

Estamos a contactá-lo(a) para solicitar a sua colaboração numa investigação intitulada "Literacia e Saúde Mental Positiva" que tem como objetivo principal avaliar o nível de conhecimento e o índice de saúde mental positiva das pessoas, com o intuito de identificarmos necessidades de intervenção ao nível da promoção da saúde mental.

Trata-se de um estudo que não envolve qualquer risco para os participantes e que poderá trazer benefícios para a prestação de cuidados, na medida em que, nos irá fornecer dados sobre o nível da literacia e dimensões de saúde mental que carecem de maior atenção, por parte dos profissionais de saúde.

Com esta informação queremos dar-lhe a conhecer o projeto e o potencial impacto na melhoria da assistência às pessoas ao nível da promoção da saúde mental, pelo que lhe pedimos para responder ao questionário que lhe será apresentado por um investigador que o/a contactará, a partir de outubro de 2019.

O investigador estará devidamente identificado e fornecerá todos os pormenores do estudo.

Não há respostas certas ou erradas, apenas se pretende saber a sua opinião relativamente a cada item. O preenchimento de todos os itens é muito importante para a equipa de investigação e para os resultados do estudo.

As respostas ao questionário são anónimas e confidenciais.

A participação é voluntária: tem direito a decidir se quer ou não participar e poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer transtorno.

As informações sobre o estudo serão disponibilizadas aos participantes que o solicitarem.

Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a dar o seu consentimento para a realização do mesmo, por favor continue e no final submeta o questionário.

Aceito participar no estudo?

Equipa de Investigação:

Carlos Sequeira; Teresa Ferreira; José Carlos Carvalho; Isilda Ribeiro; Regina Pires

Contactos: Prof. Doutor Carlos Sequeira

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr^o António Bernardino de Almeida, 830,844,856 - 4200 -072 Porto - Telefone: 225073500

E_mail: carlossequeira@esenf.pt



45262

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**1- **Sexo:** Masculino Feminino2 - **Idade:** (anos completos)3 - **Estado civil:** Solteiro Casado/união de facto Divorciado/Separado Viúvo4 - **Formação académica [dos pais]:**

	Ensino Básico 1º ciclo	Ensino Básico 2/3º ciclo	Ensino Secundário	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Paí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 - **Ano em que se encontra matriculado?** 1º ano 2º ano 3º ano 4º ano 5º ano 6º ano5.1 - **Instituição:** 5.2 - **Curso:** 6 - **Está deslocado da sua residência habitual para frequentar o curso?** Sim Não7- **Recebe alguma bolsa de estudo?** Sim Não8 - **Conjuga algum emprego com os estudos?** Sim Não9 - **Número horas de trabalho por semana:** **História de Doença Mental**10 - **Tem algum problema de saúde mental?** Sim NãoQual 11 - **Nos últimos 3 meses recorreu a algum serviço de saúde, devido a um problema de saúde mental?** Sim Não12 - **Já teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?** Sim Não13 - **Tem ou teve familiares com doença mental?** Sim NãoQuem? **Comportamentos de Saúde relativamente ao último mês**14 - **Está satisfeito(a) com o seu sono?** Sim Não15 - **Considera que dorme as horas suficientes para as suas necessidades?** Sim Não16 - **Número médio de horas de sono por dia** 17- **Toma medicação para dormir?** Sim Não18 - **Toma medicação de forma regular para algum problema de saúde mental?** Sim NãoQual 19 - **Pratica algum desporto ou exercício físico regular?** Sim Não19.1 - **Que modalidade?** 19.2 - **Número médio de horas por semana** 20 - **Considera a sua alimentação saudável?** Sim Não21 - **Número médio de refeições por dia?** 22 - **Ingere diariamente fruta/legumes?** Sim Não

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA



55932

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

(Sequeira;Carvalho;Sampaio;Sá;Luch-Canut;Roldán-Merino, 2014)

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um.

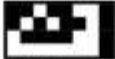
Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

1 «Sempre ou quase sempre»; 2 «Na maioria das vezes»; 3 «Algumas vezes» 4 «Raramente ou nunca».

Código ID

	Itens	1	2	3	4
1	Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Os problemas bloqueiam-me facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Gosto de mim como sou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Sinto-me capaz de explodir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Para mim é difícil dar apoio emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Vejo o meu futuro com pessimismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Procuro retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Procuro melhorar como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Considero-me uma pessoa sociável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Penso nas necessidades dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Gosto de ajudar os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO III – ESCALA DA VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA



44409

ESCALA DE VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA

(Nogueira, Barros e Sequeira, 2017)

1 «Discordo totalmente»; 2 «Discordo parcialmente»; 3 «Nem concordo nem discordo»; 4 «Concordo parcialmente»; 5 «Concordo totalmente»ID Código

Itens	1	2	3	4	5
1. Quando não consigo atingir os meus objetivos, sinto-me um fracasso como pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sinto que mereço melhor tratamento do que aquele que normalmente recebo dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho plena consciência de me sentir frequentemente inferior aos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Preciso da aprovação dos outros para me sentir bem comigo mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tenho tendência para definir metas demasiado elevadas e depois a sentir-me frustrado ao tentar alcançá-las.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sinto-me frequentemente ressentido quando outros se aproveitam de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO IV – RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

Procedeu-se a uma análise inferencial com o intuito de testar como reagem os Fatores do QSM+ e o Score de Vulnerabilidade Psicológica relativamente aos diferentes anos de matrícula em que estão inscritos os participantes, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Relação entre Variáveis	p.	Ano	Média
Score Vulnerabilidade e diferentes categorias de anos de matrícula.	<0,370	1ºano	3,0
		2ºano	3,0
		3ºano	3,2
		4ºano	3,0
		5ºano	3,3
		6ºano	3,0
F1 e as diferentes categorias de anos de matrícula.	<0,589	1ºano	14,75
		2ºano	15,04
		3ºano	15,35
		4ºano	15,00
		5ºano	15,83
		6ºano	13,21
F2 e as diferentes categorias de anos de matrícula.	<0,262	1ºano	6,73
		2ºano	6,88
		3ºano	6,67
		4ºano	6,63
		5ºano	6,71
		6ºano	8,00
F3 e as diferentes categorias de anos de matrícula.	<0,503	1ºano	11,19
		2ºano	11,73
		3ºano	11,62
		4ºano	11,08
		5ºano	10,58
		6ºano	10,79
F4 e as diferentes categorias de anos de matrícula.	<0,348	1ºano	9,83
		2ºano	10,06
		3ºano	10,46
		4ºano	9,92
		5ºano	10,46
		6ºano	9,21
F5 e as diferentes categorias de anos de matrícula.	<0,112	1ºano	16,16
		2ºano	17,17
		3ºano	16,97
		4ºano	16,04
		5ºano	15,96
		6ºano	19,07
F6 e as diferentes categorias de anos de matrícula.	<0,864	1ºano	12,18
		2ºano	12,27
		3ºano	12,57
		4ºano	12,04
		5ºano	12,25
		6ºano	12,71
F Total e as diferentes categorias de anos de matrícula.	<0,475	1ºano	70,84
		2ºano	73,15
		3ºano	73,64
		4ºano	70,71
		5ºano	71,79
		6ºano	73,00

Procedeu-se a uma análise inferencial com o intuito de testar como reagem os Fatores do QSM+ e o Score de Vulnerabilidade Psicológica relativamente aos diferentes tipos de consumos de drogas vivenciadas pelo sujeito, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Relação entre Variáveis	p.	Resposta	Média
F1 e consumo de droga.	<0,737	Sim	14,59
		Não	14,98
F2 e consumo de droga.	<0,774	Sim	7,47
		Não	6,74
F3 e consumo de droga.	<0,992	Sim	10,88
		Não	11,32
F4 e consumo de droga.	<0,902	Sim	9,71
		Não	10,02
F5 e consumo de droga.	<0,540	Sim	18,24
		Não	16,48
F6 e consumo de droga.	<0,531	Sim	12,84
		Não	12,24
F Total e consumo de droga.	<0,710	Sim	73,71
		Não	71,78
Score Vulnerabilidade e consumo de droga.	<0,376	Sim	2,9
		Não	3,0

Procedeu-se a uma análise inferencial com o intuito de testar como reagem os Fatores do QSM+ e o Score de Vulnerabilidade Psicológica relativamente aos consumos de bebidas alcoólicas vivenciadas pelo sujeito, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Relação entre Variáveis	p.	Resposta	Média
F1 e consumo de bebidas alcoólicas	<0,896	Sim	14,80
		Não	15,06
F2 e consumo de bebidas alcoólicas	<0,489	Sim	6,91
		Não	6,68
F3 e consumo de bebidas alcoólicas	<0,710	Sim	11,14
		Não	11,10
F4 e consumo de bebidas alcoólicas	<0,630	Sim	9,76
		Não	10,15
F5 e consumo de bebidas alcoólicas	<0,880	Sim	16,58
		Não	16,52
F6 e consumo de bebidas alcoólicas	<0,153	Sim	11,79
		Não	12,51
F Total e consumo de bebidas alcoólicas	<0,746	Sim	70,98
		Não	72,32
Score Vulnerabilidade e consumo de bebidas alcoólicas	<0,250	Sim	3.0
		Não	3.1