



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
2013

**Ariana Andreia  
Martins Pereira**

**Dor Psicológica e Ideação Suicida em Estudantes**



**Ariana Andreia  
Martins Pereira**

## **Dor Psicológica e Ideação Suicida em Estudantes**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Auxiliar com agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e coorientação do Doutor José Carlos Santos, professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Dedico este trabalho às quatro pessoas mais importantes da minha vida que ajudaram na realização deste sonho, aos meus pais e avós maternos, um sincero obrigada.

## **o júri**

Presidente

**Prof. Doutora Sara Otilia Marques Monteiro**

Professora Auxiliar convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves**

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

**Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**

Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

**Doutor José Carlos Pereira dos Santos**

Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## Agradecimentos

Agradeço à Prof<sup>ª</sup> Doutora Anabela Pereira, orientadora desta dissertação, pelo apoio na realização da mesma e toda a sua disponibilidade.

Ao Prof. Doutor José Carlos Santos, por toda a sua ajuda e disponibilidade.

Ao Dr. Daniel Ruivo pela orientação na parte estatística, assim como à Dr. Ana Torres, um muito obrigada pela ajuda e paciência. À Mestre Lúcia Ribeiro, pelo apoio dado durante todo o processo de realização de dissertação e à minha colega de curso Ana Varela.

Ao departamento da Educação da Universidade de Aveiro, por ter proporcionado as condições necessárias à elaboração da presente dissertação.

A todos aqueles que voluntaria ou involuntariamente participaram na recolha da amostra.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pelo contato direto com os alunos para a recolha da amostra, bem como aos professores, João Graveto, Marília Simões, Arminda Gomes, Isabel Moreira e Alfredo Lourenço, por toda a simpatia e amabilidade com que me receberam.

Aos meus amigos de toda a vida, pela coragem que deram tanto no início desta etapa como durante a mesma.

Às minhas amigas e companheiras de curso, Andreia Pereira, Mariana Delgado, Marta Rocha, Vera Pinto, Carla Silva, Rita Sousa, Elisa Pinto, Filipa Cunha, Ana Maria e Mariana Meivavia e Ana Crisostomo por todo o apoio e amizade durante estes cinco anos em Aveiro.

Com extrema importância ainda, foi o contributo da minha família.

Aos meus pais, muito obrigada pela oportunidade que me deram de tirar o curso que sempre desejei, por todo o apoio, força e coragem dado nos momentos de fraqueza que surgiram ao longo destes anos e em toda a minha vida, sem vocês nada disto seria possível.

Aos meus avós maternos, agradeço todo o carinho, confiança e amor incondicional transmitido durante estes anos de existência.

## palavras-chave

distress psicológico, dor psicológica, depressão, jovem adulto, ideação suicida

## Resumo

Os estudantes do Ensino Superior, especificamente do curso de Enfermagem (pela sua conhecida natureza multifacetada), apresentam níveis de ansiedade mais elevados quando comparados com outros, sendo a licenciatura de Enfermagem aquela que reúne condições mais susceptíveis para ser considerada ameaçadora e de certa forma indutora de stresse para os seus estudantes. Quando estes níveis de stresse são percebidos negativamente ou se tornam excessivos (distress psicológico), podem afetar não só a realização académica como a saúde mental dos estudantes, provocando sintomas depressivos e uma significativa dor psicológica que pode despoletar no jovem adulto pensamentos, desejos e até mesmo planos para terminar com tal sofrimento (Ideação Suicida).

O presente estudo teve como objetivo, avaliar a depressão, o distress psicológico, especificamente a dor psicológica e ideação suicida em estudantes de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnc, comparando estes diferentes níveis com os diferentes anos académicos.

A amostra é constituída por 776 alunos, com idades compreendidas entre os 17 e os 58 anos ( $M=20.78$ ;  $DP=3.14$ ). Esta amostra respondeu a um protocolo composto por um Questionário Sócio-demográfico; o Questionário de Saúde do Paciente PHQ-SADS, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos BSI e a Escala da Dor Psicológica.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se ser o sexo feminino, aquele que possui valores mais elevados de distress e depressão. Desta forma, também são as raparigas que apresentam maiores níveis de dor psicológica comparativamente com o sexo oposto, o que está relacionado com a forma como estas encaram o ensino superior, desde a entrada até à permanência no mesmo, provocando concomitantemente uma maior percentagem de respostas verdadeiras nas questões relacionadas com a ideação suicida. Importante será referir que é no 1º e 4º ano da licenciatura que se verificam níveis mais elevados de distress, sendo o 3º ano aquele que pontua valores mais baixos em todas as variáveis. São sugeridos novos estudos no âmbito do ensino superior, mais especificamente nas áreas de saúde, para revelar quais os motivos pelos quais estes valores mantêm-se elevados. Seria útil implementar um programa de prevenção junto dos alunos logo na fase de ingresso ao Ensino Superior, de forma a melhor lidar com a ansiedade, diminuindo a dor psicológica dos mesmos e dessa forma prevenir a ideação suicida e possível suicídio consumado nesta população.

**keywords**

Psychological distress, psychological pain, depression, young adult, suicidal ideation

**abstract**

Students in Higher Education, specifically in the nursing course (known for its multifaceted nature), have higher levels of anxiety when compared with others, also the degree in Nursing congregates conditions most likely to be considered threatening and somehow stress inducing to their students. When these stress levels are perceived negatively, or become excessive (psychological distress), they can affect not only academic achievement but also mental health of the students, causing significant depressive symptoms and psychological pain that may trigger the adult thoughts, desires and even plans to end such suffering (Suicidal Ideation).

The present study aimed to assess depression, psychological distress, more specifically psychological pain and suicidal ideation in nursing students from the Nursing School of Coimbra, ESEnfC, comparing these levels in the different academic years.

The sample consisted of 776 students, aged 17 to 58 years ( $M = 20.78$ ,  $SD = 3.14$ ). This sample responded to a protocol which contains a sociodemographic questionnaire, the Patient Health Questionnaire PHQ-SADS,

Psychopathological Symptom Inventory BSI and Psychological Pain Scale. According to the results, females have higher levels of distress and depression. Thus, they also have higher levels of psychological pain compared with the opposite sex. This could be related to how they perceive higher education, from the entrance to the residence in the same, concomitantly causing a higher percentage of responses true in matters related to suicidal ideation. Importantly is to be noted that in the 1st and 4th year of the degree is the higher levels of distress occur. Also, the 3rd year reveals lower values for all variables. It is necessary to undertake further studies in the framework of higher education, specifically in health related courses, in order to explore more thoroughly the motives of the results. Moreover, further studies may contribute to a better implementation of prevention programs among students at the beginning of their entrance to Higher Education in order to avoid future anxiety disorders and psychological pain, and also prevent possible suicide ideation suicide attempts.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
O Estudante no Ensino Superior.....	1
Dimensões Psicossociais.....	2
Saúde Mental no Contexto do Ensino Superior.....	3
Fatores que interferem na Saúde Mental .....	4
Distress.....	4
Ideação Suicida.....	5
Dor Psicológica.....	6
<b>Método</b>	
Participantes.....	7
Instrumentos.....	9
Procedimentos.....	13
Análise de Dados.....	13
<b>Resultados</b> .....	14
<b>Discussão</b> .....	19
<b>Referências</b> .....	26
<b>Anexos</b>	



## Introdução

*“One can live a long, unhappy life with depression – not true of an acutely suicidal state. Theoretically, no one has ever died of depression – it is not a legitimate cause of death on the death certificate – but many people, too many, have died of suicide.” Shneidman (1993)*

### *O estudante no Ensino Superior*

A entrada no Ensino Superior representa, para a maioria dos estudantes a concretização de um projeto de carreira acadêmica mas, principalmente de desenvolvimento pessoal. São bastantes as expectativas criadas em volta deste acontecimento, quer por parte do jovem quer por parte da família mais próxima ou de outros elementos significativos (Freitas, Raposo, & Almeida, 2007). Este estudo foca-se nos estudantes do curso de Enfermagem, uma vez que este, pela sua conhecida natureza multifacetada parece reunir condições suscetíveis de ser considerado como ameaçador e de certa forma indutor de stresse para os seus estudantes (Custódio, Pereira, & Seco, 2009). Várias são as componentes que podem contribuir para a variação da ansiedade dos estudantes, como os diferentes anos em que estes se encontram, a mudança de habitação (mais especificamente a saída de casa, considerados neste estudo como os alunos deslocados), o stresse do início da prática clínica no segundo ano letivo, caracterizado por ter uma enorme complexidade e responsabilização para os mesmos (Custódio et al., 2009), a defesa do projeto final que se realiza no final do quarto ano e conseqüente saída para o mercado de trabalho, entre outros.

Segundo Pereira et al., (2004), é na transição para o Ensino Superior e na permanência dos alunos na instituição que se verifica uma maior incidência de problemas de adaptação, assim como de rendimento académico. Contudo, nos anos seguintes surgem outros problemas como é o caso do insucesso académico ou até mesmo do abandono escolar.

Todas estas situações, podem induzir no aluno elevados níveis de ansiedade, que quando percebida negativamente e ao se tornar excessiva (*distress psicológico*), pode afetar não só a realização académica como a saúde mental dos estudantes (Misra, Mckean, West, & Russo, 2000). Assim, podemos avaliar todas as situações referidas anteriormente como fatores que também podem induzir no estudante uma dor psicológica constante, a chamada “*psychache*”. Esta dor psicológica, segundo Edwin Shneidman é a causa principal do suicídio, associada várias vezes ao sentimento excessivo de culpa, vergonha, medo, humilhação e solidão (Werlang, Fensterseifer, & Borges, 2006).

Sendo o período da adolescência presente em alguns alunos que ingressam no ensino superior e podendo ser caracterizado como sendo um período bastante intenso, de enormes emoções, mudanças e conflitos, na busca pela resolução dos seus problemas internos, os jovens podem recorrer por exemplo a comportamentos agressivos, impulsivos ou até mesmo suicidas (Barrios, Everett, Simon, & Brener, 2010). Desta forma, o comportamento suicida pode ser considerado como um primeiro passo para um possível suicídio consumado no futuro, quer nos adolescentes como nos jovens adultos (população majoritária no Ensino Superior). Segundo Chaves (2010), alguns destes jovens, ainda não possuem maturidade psicossocial para conseguir lidar e gerir as novas situações de stress com as quais se confrontam no ingresso para o ensino superior, sendo de extrema importância os vínculos afetivos que mantêm com a sua família, as redes de apoio da própria instituição e a boa relação com os colegas de curso. Todos estes aspetos, irão certamente contribuir para a boa saúde física e mental do aluno em questão.

#### *Dimensões Psicossociais*

Desde a entrada no Ensino Superior e durante a permanência no mesmo, dá-se o nome de “jovem adulto” aos estudantes que o frequentam. Segundo Ramalho e McIntyre (2001), este é um período caracterizado por várias mudanças estruturais (psicossociais, cognitivas, éticas, morais e vocacionais) no grupo etário que abrange o intervalo dos 18 aos 25 anos. Esta fase, caracteriza-se por uma independência dos pais, pela criação de valores próprios e até mesmo pelo estabelecimento estável da sua identidade pessoal e sexual (Chaves, 2010).

Os desafios que estes jovens adultos enfrentam podem ser perspectivados no quadro teórico das tarefas desenvolvimentais que surgem nas diferentes etapas deste ciclo educativo, mais especificamente ao iniciar o curso, progredir, ser avaliado constantemente, finalizar e sair para o mundo do trabalho (Araújo, Almeida, & Paul, 2003). Este período de transição destacou-se como sendo um novo estágio de desenvolvimento, designado por “*emerging adulthood*”, marcado pela vivência do sentimento “*in between*” (Arnett, 2004). Assim, nesta nova fase, o jovem adulto, estudante do Ensino Superior, depara-se com inúmeras tarefas desenvolvimentais que segundo Chickering e Reisser (1993), são consideradas como sendo os sete vetores do desenvolvimento: (1) tornar-se competente; (2) integração das emoções; (3) desenvolver a autonomia e interdependência, assumindo a importância das relações com outras pessoas; (4) desenvolver relações interpessoais

maduras; (5) estabelecer identidade, havendo um conforto com o corpo e aparência, bem-estar com o gênero e orientação sexual; (6) definir objetivos de vida; (7) desenvolver a integridade (escolha de valores e congruência entre estes e os comportamentos manifestados).

Todas estas situações são essenciais para haver uma maior estabilidade emocional e, com isso, um saudável desenvolvimento físico e psicológico do indivíduo. O ambiente acadêmico exige um determinado grau de autonomia e bem-estar psicológico para o aluno enfrentar o espírito competitivo nele presente, bem como as exigências implicadas na transição de um ano para o outro. Importante será referir, que é também nesta altura que surgem os primeiros sentimentos de fracasso, as primeiras deceções acerca de si próprios quando os objetivos definidos não são alcançados e, por isso, é importante ter em conta o possível comprometimento não apenas do amadurecimento psicossocial, como também do sucesso académico, da taxa de desistência dos cursos e da ideação suicida que pode estar subjacente a todos estes acontecimentos (Ferreira, 2009).

#### *Saúde Mental no Contexto do Ensino Superior*

A saúde mental é crucial para o bem estar físico e psicológico da população em geral e está diretamente relacionada com a qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo saúde foi definido como sendo um estado de completo bem-estar mental, físico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1946).

Os cursos relacionados com a Saúde, como é o caso específico do curso de Enfermagem, merecem especial atenção por estarem em contato direto com o sofrimento psíquico (Pereira, 2009). Estes alunos devem aprender a lidar com sentimentos de vulnerabilidade, com o planeamento da carreira profissional, com o stress característico dos estágios práticos, com o stress que está associado a características e situações pessoais, como a situação económica, problemas familiares, situações stressantes representadas pela busca da independência e autonomia em relação aos pais e familiares próximos e principalmente devem aprender a lidar com pacientes difíceis e a contactar com a morte (Garro, Camillo, & Nóbrega, 2006).

Desta forma, graças aos enormes desafios que os estudantes enfrentam no Ensino Superior, esta pode ser considerada como sendo uma fase crítica para o desenvolvimento

ou aparecimento de dificuldades psicológicas, sendo necessária uma atenção redobrada e consequente intervenção atempada, quer por parte dos docentes como pelos colegas. Os estudantes universitários são uma população de risco, sendo necessária ser dada especial atenção, tendo vindo a ser alvo de estudo por diversos autores os quais indicam que os níveis de saúde mental dos estudantes são inferiores aos da população em geral (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton, 2011). Intervir na saúde dos estudantes, certamente irá interferir na qualidade de vida e académica dos mesmos, traduzindo-se numa maior realização pessoal “*A saúde e a doença fazem parte da vida humana e manifestam-se no corpo, daí a interligação entre saúde e realização pessoal*”(Chaves.,et al 2010).

### *Fatores que interferem na Saúde Mental*

#### *Distress*

Como já foi referido anteriormente, a universidade apresenta um enorme desafio académico, profissional e pessoal que pode provocar uma ansiedade excessiva em todos aqueles que a frequentam (Pereira, 2009). Contudo, se alguma desta ansiedade é consequência natural do ritmo de trabalho acelerado tanto de aprendizagem como do próprio crescimento, sendo considerada uma ansiedade “normal” e de certa forma necessária para o indivíduo agir e manter-se ativo, outra pode ser excessiva podendo comprometer o desempenho dos estudantes. Tendo em conta que este estudo abrange essencialmente adolescentes e jovens adultos, é importante manter presente a ideia de que qualquer alteração nos seus padrões físicos ou psicológicos acarreta um conjunto de transformações que provocam na sua vida um conjunto de mudanças, quer a nível cognitivo quer a nível social. Estas transformações são fatores precipitantes de elevados níveis de stresse e ansiedade, principalmente quando estão adjacentes à entrada e permanência no Ensino Superior.

O Distress refere-se a situações e experiências pessoais consideradas como sendo desagradáveis e com prováveis consequências negativas para o bem-estar psicológico e saúde, traduzindo as condições de stresse que são desgastantes ao indivíduo (Custódio, 2010). Assim, alguns estudos têm demonstrado uma considerável prevalência deste tipo de stresse nos alunos do Ensino Superior (Verger et al., 2009; Claudino & Cordeiro, 2006; Custódio, Pereira & Seco, 2009).

O distress apresenta uma comorbilidade com o aumento do risco de ansiedade, abuso de substâncias que é notório e significativo nos jovens universitários, depressão e desordens de personalidade (Verger et al., 2009).

### *Ideação Suicida*

A ideação suicida engloba desejos, atitudes ou planos de um indivíduo se matar. Contudo, é importante salientar que estes comportamentos também devem ser tidos em conta como comuns na adolescência e até mesmo no jovem adulto, pois sendo as emoções e os momentos vividos intensamente, estes comportamentos também podem não ser patológicos mas apenas próprios desta fase do desenvolvimento humano (Borges, 2006). Por vezes estes comportamentos de enfrentamento e as atitudes “arrogantes” que estes transmitem ao outro procurando demonstrar uma enorme força interior, são na maioria das vezes sinais, pedidos de ajuda e angústias. Os jovens podem adoptar estes comportamentos perigosos, que podem indicar uma patologia, e desenvolverem-se dessa forma adultos com graves problemas emocionais, dentro dos quais se encontram presentes a depressão e a ideação suicida (Werlang & Oliveira, 2006).

Vários estudos têm sido feitos ao longo dos anos para avaliar a ideação suicida dos jovens e a relação género/ideação suicida. Segundo Borges (2006), um estudo de Man (1999) verificou que é no período da adolescência que as mulheres apresentam uma maior taxa de ideação suicida comparativamente aos homens (quatro vezes mais para a ideação suicida e três vezes mais para a tentativa de suicídio). Esta explicação pode dever-se ao simples facto das raparigas apresentarem maiores índices de depressão, principalmente moderada, comparativamente com os rapazes, o que conduz a uma maior ideação e tentativa suicida (Allison, Roeger, Martin, & Keeves, 2001). A depressão tem sido retratada em vários estudos como sendo um importante fator de manutenção para a ideação suicida, pois as pessoas com sintomatologia depressiva expressam frequentemente o desejo de morrer e de terminar com a sua vida como sendo algo inevitável para terminar com todo o seu sofrimento, podendo ser esta a única solução possível quando estão presentes expectativas negativas em relação ao futuro (Borges, 2006).

### *Dor Psicológica*

A dor psicológica tem vindo a ser alvo de estudo nos últimos anos, contudo mantém-se ainda como sendo um conceito um pouco vago, chegando a ser citada em alguns artigos como “dor psicológica” entre aspas. Contudo, Shneidman ao aproximar-se do final da sua carreira e baseando-se em todos os estudos feitos e na sua prática clínica, concluiu que todos os suicídios são resultado de uma dor psicológica intensa, chamada pelo mesmo como *psychache* (Shneidman, 1993). Segundo Saraiva (2006), Shneidman afirmou “ *O suicídio é um drama da mente...quase sempre relacionado com a dor psicológica, a dor das emoções negativas – a chamada psychache*”. Desta forma, esta dor pode ser caracterizada como sendo uma dor aguda intensa, associada sempre a um sentimento de vergonha, humilhação, angústia, desespero, solidão e medo (Flamenbaum,2009). O estudo da dor psicológica nos estudantes universitários, principalmente nos da área de saúde é de extrema importância, pois durante todo o percurso académico, estes jovens lidam com sentimentos e realidades (e.g. doença prolongada em vários doentes ou a morte) que causam bastante ansiedade e sofrimento psicológico, podendo levar a pensamentos suicidas como forma de solução para o fim dessa mesma dor. Esta é gerada por necessidades psicológicas frustradas, que estão sempre acompanhadas de determinados sentimentos ou emoções. Há seis componentes na progressão ao suicídio: 1) a ocorrência de várias situações de stress ao longo da vida e insultos psicológicos (e.g. as mudanças, as falhas pessoais); 2) a influência de outras vulnerabilidades como os fatores genéticos e sociais; 3) a percepção da vida como sendo algo doloroso e negativo; 4) a percepção da dor como sendo algo insuportável e inaceitável; 5) ideação suicida como forma de terminar com essa dor, considerada como sendo a dor psicológica; e 6) o nível da dor sentida ultrapassa o limiar da dor para conseguir tolerar (Flamenbaum,2009). Assim, o suicídio é visto como uma forma de comportamento de resolução de problemas, não sendo ponderadas atitudes e soluções menos drásticas para resolvê-los sendo desta forma necessária e fulcral uma intervenção de um profissional de saúde como forma de prevenir o mesmo, atenuando a dor e os níveis de ansiedade excessivos.

## *Objetivos e Hipóteses*

O presente estudo, apresenta os objetivos seguintes:

- (1) Caracterizar a amostra de estudantes inquiridos relativamente às variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, estatuto de trabalho, agregado familiar, ano letivo, percepção do rendimento escolar, problemas de saúde mental e acompanhamento psicológico) e dimensões de distress, depressão, dor psicológica e ideação suicida;
- (2) Verificar associações positivas entre as variáveis distress, depressão e dor psicológica em alunos;
- (3) Comprovar os níveis de distress e dor psicológica entre géneros, verificando serem mais elevados no sexo feminino.

De acordo com os objetivos, as hipóteses que se pretendem chegar são as seguintes:

H1: Os níveis mais elevados de distress verificam-se no começo da prática/ensaio clínico e no último ano da licenciatura, no 4º ano;

H2: Esperam-se associações positivas entre as variáveis distress, depressão e dor psicológica nos estudantes universitários do curso de Enfermagem;

H3: Esperam-se níveis mais elevados de distress e dor psicológica nos estudantes do sexo feminino comparativamente ao sexo masculino.

## **Método**

Nesta secção, procede-se à caracterização da amostra participante neste estudo, instrumentos e procedimentos utilizados.

Esta é uma investigação do tipo exploratório, quantitativo, analítico e transversal (Almeida & Freire, 2008), uma vez que a recolha de dados se efetuou num único momento temporal, tendo como objetivo analisar correlações e associações entre as variáveis em estudo.

## *Participantes*

Neste estudo, participaram todos os alunos do ensino superior que frequentam a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Conforme o representado na Tabela 1, a amostra é constituída por um total de 776 alunos de ambos os sexos (feminino e masculino), mais especificamente 635 (81.8%) do sexo feminino e 141 (18.2%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 17 e os 58anos (M=20.78; DP=3.14). Regista-se, assim, um predomínio do sexo feminino, o que reflete a realidade dos estudantes matriculados no ensino superior em geral, e em particular na área de educação e formação em Saúde.

Relativamente ao local da residência em tempo de aulas, a situação é definida por 762 alunos (96.1%) que se encontram a morar em Coimbra e 466 alunos (58.8%) que são residentes em Coimbra desde a infância.

No item relacionado com o estado civil, verifica-se que a maioria dos alunos (97.7%), apresenta o estado civil de solteiro(a), enquanto que no agregado familiar verifica-se uma maioria de alunos (74.5%) a viver com a família e apenas 18.8% indica viver atualmente com amigos/colegas de quarto. Esta percentagem reporta-nos para a situação de Coimbra ser uma cidade académica e a maioria dos estudantes permanecer na cidade berço, ou então habitar nos arredores, regressando às suas casas ao final do dia de aulas, o que faz com que não haja um considerável número de estudantes deslocados no curso de Enfermagem.

Em termos de escolaridade, o número de alunos inquiridos foi precisamente o número total, ou seja, n=776. Destes 35.1%, encontram-se a frequentar o primeiro ano da licenciatura, (13.5%) o segundo ano, (18.8%) o terceiro ano e por último (32.6%) encontram-se neste momento no quarto ano, sendo este o último ano da licenciatura do curso de Enfermagem. A percepção que estes tem do seu rendimento escolar é maioritariamente boa (50.5%), contudo também se verificou uma elevada percentagem de alunos (46.3%) que classificam a sua percepção como sendo razoável. Estes valores coincidem em ambos os sexos, onde no sexo masculino 81(57.4%) dos alunos tem a percepção do seu rendimento escolar como “Boa” e no sexo oposto 310(48.9%) também apresentam os maiores valores neste parâmetro.

No que concerne aos problemas de saúde física e mental, na nossa amostra, apenas (5.7%) afirmam ter o primeiro e (3.6%) afirmam ter o segundo. Na sequência desta



informação (9.5%) diz ter procurado ajuda psicológica desde o ingresso no ensino superior, mais especificamente 4 (2.8%) e 70 (11.0%) das mulheres afirma ter recorrido ao mesmo tipo de ajuda.

**Tabela 1.** Caraterização Sóciodemográfica da amostra

	<b>Sexo Masculino (n=141)</b>	<b>Sexo Feminino (n=635)</b>
<b>Idade, M(DP)</b>	21.11 (3.6)	20.7 (3.0)
<b>Estado Civil, n(%)</b>		
Solteiro	136 (96.5)	612 (96.5)
Casado/União de facto	4 (2.8)	12 (1.9)
Divorciado/Separado	0 (0.0)	2 (0.3)
<b>Estatuto de Trabalho, n(%)</b>		
Estudante	130 (92.6)	492 (93.6)
Trabalhador Estudante	10 (7.1)	42 (6.6)
<b>Agregado Familiar, n(%)</b>		
Sozinho	8 (5.7)	27 (4.3)
A viver com parceiro(a)	2 (1.4)	15 (2.4)
Família	106 (75.7)	471 (74.2)
Amigos/Colega Quarto	24 (17.1)	122 (19.2)
<b>Ano Lectivo Actual n(%)</b>		
1º ano	60 (42.6)	212 (33.4)
2º ano	13 (9.2)	92 (14.5)
3º ano	31(22.0)	115 (18.1)
4º ano	37 (26.2)	216 (34.0)
<b>Percepção do Rend. Escolar</b>		
Má	2 (1.4)	5 (0.8)
Razoável	55 (39.0)	303 (47.3)
Boa	81 (57.4)	310 (48.9)
Muito Boa	3 (2.1)	15 (2.4)
<b>Problemas de Saúde Mental</b>		
Sim	3 (2.1)	25 (4.0)
Não	137 (97.9)	605 (96.0)
<b>Acompanhamento Psicológico</b>		
Sim	4 (2.8)	70 (11.0)
Não	137 (97.2)	564 (89.0)

## *Instrumentos*

A bateria de avaliação psicológica compreende os seguintes instrumentos: (1) o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI; L.R. Derogatis, 1993; Versão portuguesa aferida de Canavarro, 1999); (2) o *Questionário de Saúde do Paciente* (PHQ-SADS; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; versão de investigação de Torres, Pereira, & Monteiro, 2011); e (3) a *Escala da dor psicológica* (Holden et al., 2001; versão portuguesa de José Carlos Santos, 2013). Adicionalmente os alunos também preencheram um questionário de caracterização sócio-demográfica. De seguida é descrito mais pormenorizadamente cada um dos instrumentos utilizados.

***Questionário de Caracterização Sócio-demográfica*** – Este foi elaborado com vista à recolha das características sócio-demográficas da amostra, como o género, idade, estado civil, habilitações literárias dos pais, problema(s) de saúde física e mental, entre outros.

Tinha uma breve nota introdutória onde se apresentava o objetivo do estudo assegurando o carácter anónimo e confidencial das respostas, reforçando-se e agradecendo-se a participação dos estudantes no seu preenchimento.

Também foram colocadas neste mesmo questionário nove perguntas referentes à ideação suicida para verificar se alguma vez esta existiu nos elementos da amostra ou se ainda está presente. As respostas foram dadas em escalas de resposta tipo dicotómica e escolha múltipla.

Para avaliar a ansiedade e o distress, utilizou-se o ***Inventário de Sintomas Psicopatológicos*** (BSI; L.R. Derogatis, 1982; Versão portuguesa aferida de Canavarro, 1999), mais especificamente a subescala da Ansiedade e o Índice Geral de Sintomas (IGS). Este inventário de auto-resposta com 53 itens, avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias da perturbação emocional (Simões, Machado, Gonçalves, & Almeida, 2003) e pode ser administrado tanto em doentes do foro psiquiátrico como em pessoas da população em geral, contudo quando usado em adolescentes a idade mínima recomendada é de 13 anos. Demora a preencher aproximadamente 8 a 10 minutos e os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afetou durante a última semana.

As nove dimensões avaliadas são: 1) *Somatização*(itens 2,7,23,29,30,33 e 37): reflecte o mal estar resultante da percepção do funcionamento somático, ou seja, queixas centradas no sistema cardiovascular, respiração ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica, bem como dores localizadas na musculatura que estão geralmente associadas à ansiedade; 2) *Obsessões-Compulsões* (itens 5,15,26,27,32 e 36): inclui pensamentos ou acções que são experienciadas como irresistíveis pelo sujeito e do qual ele não tem controlo; 3) *Depressão* (itens 9,16,17,18,35 e 50): onde estão representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital e falta de interesse pela vida; 4) *Sensibilidade Interpessoal* (itens 20,21,22 e 42): centrando-se nos sentimentos de inadequação pessoal e particularmente na comparação com outras pessoas, autodepreciação, desconforto e timidez; 5) *Ansiedade* (itens 1,12,19,38,45 e 49): onde se incluem os sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico, utilizada neste estudo para avaliar os níveis de ansiedade do(a) estudante; 6) *Ansiedade Fobia* (itens 8,28,43 e 47): definida como sendo um medo persistente que sendo irracional conduz a um comportamento de evitamento; 7) *Hostilidade* (itens 6,13,40,41 e 46): inclui pensamentos e comportamentos típicos do estado afectivo da cólera; 8) *Ideação Paranóide* (itens 4,10,24,48 e 51): características tais como projecção, hostilidade, egocentrismo, medo de perder a autonomia e suspeição e por último 9) *Psicoticismo* (itens 3,14,34,44 e 53): abrange itens indicadores de isolamento e estilo de vida esquizóide, sintomas primários de esquizofrenia (controlo do pensamento e alucinações), contendo um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal considerado ligeiro até à evidência dramática de psicose (Simões et al., 2003).

Importante será referir que há quatro itens do BSI (11,25,39 e 52) que embora sejam importantes para as dimensões descritas, não pertencem a nenhuma delas, sendo apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais. Há assim três Índices: ***o Índice Geral de Sintomas (IGS)***, utilizado neste estudo para avaliar o grau de distress psicológico global, que representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados pelo indivíduo, sendo o melhor indicador de distress do indivíduo dando informações sobre o número de sintomas e intensidade do distress, o ***Índice de Sintomas Positivos (ISP)*** que nos dá a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados, permitindo saber se o indivíduo aumentou ou atenuou o distress na forma como respondeu ao inventário e por último o

Total de Sintomas Positivos (TSP) que resumidamente representa o número de queixas sintomáticas apresentadas, ou seja um indivíduo que apresente um baixo ISP pode em contrapartida apresentar um elevado TSP, apontando para uma “*constelação complexa de sintomatologia*” (Lamela, Castro, Figueiredo, 2009).

Segundo (Simões et al., 2003), os valores obtidos para a população portuguesa foram: Índice Geral de Sintomas 0,83 (DP-0,48); Total de Sintomas Positivos 26,99 (DP-11,72); índice de Sintomas Positivos 1,56 (DP-0,38). Foram também identificados pontos de corte entre indivíduos perturbados emocionalmente e a população em geral, utilizando-se o Índice Geral de Sintomas, onde com uma nota no IGS  $\geq 1.7$  é provável encontrarmos pessoas perturbadas a nível emocional e abaixo desse valor, indivíduos da população geral. Por último, diversos estudos psicométricos da versão portuguesa revelaram que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, apresentado valores de alfa de Cronbach entre .62 (Psicoticismo) e .79 (Somatização) e coeficientes teste-reteste entre .63 (Ideação Paranóide) e .81 (Depressão). A subescala utilizada neste estudo (Ansiedade), apresenta um alfa de Cronbach de .82.

O BSI é um instrumento de boa fidelidade e estabilidade temporal, avaliando adequadamente a psicopatologia, sendo que as escalas de ansiedade fóbica e psicoticismo são as que apresentam menor consistência interna, respectivamente .574 e .585 quando comparadas com as restantes (Soares, 2009).

O *Questionário de Saúde do Paciente* (PHQ-SADS; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; versão de investigação de Torres, Pereira & Monteiro, 2011) foi escolhido para avaliar a depressão, ansiedade e somatização.

É um instrumento de auto-administração, sendo uma mistura de três escalas, mais especificamente o PHQ-9 que é uma adaptação do PRIME-MD (um instrumento de diagnóstico para perturbações mentais), o GAD-7 como sendo uma breve escala para avaliar a ansiedade, possuindo os sete sintomas mais comuns da ansiedade e por último treze questões relacionadas com a somatização. Neste estudo apenas analisamos o PHQ-9, desenvolvido por Kroenke, Spitzer e Williams (2001), avaliando através do mesmo sinais e sintomas de depressão. Nesta subescala, o indivíduo responde as questões pontuando em quatro pontos: 0 “nunca”, 1 “vários”, 2 “maioria dos dias”, 3 “quase todos os dias”. No final do questionário verifica-se um item adicional cujo objetivo é verificar a dificuldade que os problemas referidos nos nove itens anteriores colocam no dia-a-dia da pessoa, sendo

respondidos com: “nenhuma dificuldade”, “pouca dificuldade”, “maior dificuldade” e “extrema dificuldade”. A pontuação varia entre o 0-27, considerando-se a existência de um indicador de presença de sinais/sintomas de depressão para valores maiores ou iguais que 10 na escala total. Relativamente à severidade dos mesmos, a pontuação final corresponde a 0-5 (ausência de indicadores), 6-9 (leve), 10-14 (moderada), 15-19 (moderada severa) e >20 (severa). A validação desta escala para Portugal foi desenvolvida por Torres, Pereira, Monteiro e Albuquerque (2011) e está em fase de publicação. Quanto à consistência interna do PHQ-9 no presente estudo, o instrumento apresenta um alfa de Cronbach de .87.

Por último, para avaliar a Dor Psicológica, foi utilizada a *Escala da Dor Psicológica* (Holden, versão portuguesa de José Carlos Santos, 2013). É um instrumento de autorresposta usado para avaliar o grau da dor psicológica do indivíduo. Inclui 13 questões numa escala de Likert de cinco pontos, de acordo com os seguintes intervalos: 1=Nunca; 2= Algumas Vezes; 3= Frequentemente; 4= Quase sempre e 5=Sempre; na segunda tabela 1 “Discordo Totalmente”, 2 “Discordo”, 3 “Não sei”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo Totalmente”. Esta escala apresenta uma óptima consistência interna ( $\alpha=.92$ ), tendo neste estudo um alfa de cronbach de .948.

### *Procedimentos*

A amostra foi recolhida na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sendo enviado um pedido de autorização e respetiva resposta (*cf. anexo 1*) à diretora da Escola, Doutora Conceição Bento o qual foi aceite sem qualquer tipo de impedimento. A recolha foi feita turma a turma, presencialmente sendo entregues os questionários no início da aula e devolvidos cerca de 20 minutos após o preenchimento dos mesmos. Cada aluno recebeu o protocolo de investigação e os instrumentos (*cf. anexo 2*) incluindo uma breve descrição do projeto de investigação, sendo cada participante informado dos objetivos do estudo bem como da confidencialidade e possível desistência da investigação.

### *Análise de dados*

Os cálculos estatísticos foram efetuados com recurso ao programa estatístico IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS; Versão 20). Foram determinadas estatísticas descritivas para organizar observações numéricas (médias, desvios-padrão, frequências e

percentagens) e estatísticas inferenciais, nomeadamente testes *t*-Student para amostras inter-sujeitos e uma ANOVA unifatorial para amostras independentes, com vista a calcular diferenças entre grupos, tendo em consideração o género e o ano académico. Calculou-se também, testes *t*-Student para uma amostra (One Sample *t*-test) com o intuito de comparar os resultados obtidos na nossa amostra com os valores descritos nos artigos de validação. Por fim, computaram-se coeficientes de correlação de Pearson para estudar a associação entre variáveis (Field, 2005). O resultado é um valor que varia entre -1 e 1, sendo que, quanto maior o valor se aproxima de 1, mais forte é a correlação. Para cada escala foi também calculado o alfa de Cronbach, sendo considerado como o melhor procedimento para avaliar a estimativa de fidelidade de um teste (Cronbach, 1951).

## **Resultados**

Com o objetivo de caracterizar a nossa amostra, comparámos os nossos resultados relativamente aos totais obtidos pelas escalas em estudo, com os valores referência nas amostras das populações usadas na validação dos instrumentos para a população portuguesa.

### *Ideação Suicida por sexo*

Quanto às questões colocadas no final do questionário sociodemográfico relacionadas com a ideação suicida dos estudantes universitários e estado emocional atual, verificaram-se diferenças entre sexos nas questões 15,16,17,19 e 20, sendo maioritariamente o sexo feminino a pontuar mais alto e a demonstrar ter este tipo de pensamentos com maior intensidade.

Na questão “*Tenho mais bons momentos que maus*”, verificou-se que do sexo masculino 135 (95.7%), respondeu verdadeiro e apenas 6 (4.3%) respondeu falso, comparativamente com o sexo feminino, onde 563 (88.7%) respondeu ser verdade e 72 (11.3%) afirmou ser falso. Na questão “*Alguma vez sentiu que não vale a pena viver*”, do sexo masculino 129 alunos (91.5%), respondeu como falso comparativamente a 541 do sexo feminino (85.4%). Quanto à pergunta “*Já pensei em comportamentos que punham a minha vida em causa*”, 112 rapazes (79.4) responderam nunca ter tido esses comportamentos e 664 raparigas (85.6%) concordaram. Contudo, importante será referir

que apesar destas percentagens elevadas, há 20.6% do sexo masculino e 13.1% do sexo feminino que assumiram já ter pensado ter comportamentos de risco, o que não deixa de ser revelante neste estudo, pois demonstra existir ideação suicida e sofrimento nos jovens universitários. Para terminar esta análise, na questão “*Já tive comportamentos de risco que poderiam por a minha vida em causa*”, e na questão “*Já tentei o suicídio*”, verificando-se que 40 (28.4%) dos jovens do sexo masculino já tiveram comportamentos que colocariam a vida em causa, comparativamente com 87 (13.7%) do sexo feminino. Da mesma forma, apesar de nenhum jovem do sexo masculino ter assumido já ter tentado o suicídio, 18 (2.3%) jovens do sexo feminino afirmou já ter tentado pelo menos uma vez.

Nesta análise descritiva, foi notável uma posição mais optimista em relação ao futuro e ao presente no sexo masculino, pontuando sempre valores mais altos nas questões relacionadas com esperança, entusiasmo e presença de momentos positivos no dia a dia.

#### *Sintomatologia geral e dimensão ansiedade do BSI por amostra total e por género*

Na análise estatística do BSI, verificaram-se bons indicadores de consistência interna através da análise do alfa de Cronbach, tanto no índice geral de sintomas (IGS) ( $\alpha=.967$ ), na dimensão Ansiedade, avaliada neste estudo ( $\alpha=.817$ ). Recorrendo a um teste *t*-Student, concluímos existir diferenças estatisticamente significativas com a população geral, sendo que a população em estudo teve uma pontuação a baixo do normal, pertencendo na mesma ao intervalo padrão.

### **Tabela 2**

*Médias por subescala do BSI e IGS, em função da amostra total*

	N	M (DP) (Simões, Machado;Gonçalves & Almeida, 2003)	M (DP) Presente estudo	<i>p</i>	<i>d</i>
BSI_Ansiedade	772	0.942 (0.766)	0,47 (0,53)	.000**	0.35
BSI_IGS	758 <sup>x</sup>	0.835 (0.480)	0,46 (0,52)	.000**	0.46

Legenda: N=amostra; M=média; d Cohen =Magnitude do efeito; BSI\_IGS: BSI\_Índice Geral de sintomas  
\*\*  $p<0,001$ ; M(Média); DP (Desvio padrão)

<sup>x</sup> Contém valores omissos

Como se pode constatar através da Tabela 2, verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa referente ao índice geral de sintomas [ $t(771) = -24.746$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = 0.46$ ] e a subescala da Ansiedade [ $t(757) = -72.406$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = 0,35$ ]. Assim, observa-se que no global, a população inquirida deste estudo, obtém médias mais baixas comparativamente com a população geral, podendo ser um indicador de menores níveis de distress e ansiedade nestes estudantes.

Relativamente à análise derivada do género, também foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, onde na dimensão BSI\_Ansiedade, os homens ( $M = .30$ ;  $DP = .349$ ) e as mulheres ( $M = .51$ ;  $DP = .553$ ) obtiveram [ $t(315) = -5.578$ ;  $p < 0.001$ ].

Quanto ao IGS, há novamente diferenças estatisticamente significativas em ambos os sexos, onde o sexo masculino ( $M = .34$ ;  $DP = .325$ ) e o sexo feminino ( $M = .49$ ;  $DP = .517$ ) obtiveram [ $t(305.66) = -4.381$ ;  $p < 0.001$ ]. Estes resultados indicam a presença de níveis de ansiedade e distress superiores no sexo feminino comparativamente com o sexo masculino em ambas as variáveis.

#### *Relação entre as variáveis Distress, Depressão e Dor psicológica*

Na Tabela 3, são apresentados os resultados referentes à relação entre distress, depressão e dor psicológica. Através de correlações de Pearson, foi possível verificar correlações positivas e estatisticamente significativas entre todas as variáveis, significando que o aumento num dos fatores se encontra associado a um aumento dos restantes.

Assim, verificou-se que todos os resultados apresentaram relações positivas e altamente significativas de magnitude forte entre as variáveis em estudo. De entre todos os resultados pode-se destacar a correlação positiva e altamente forte entre a dimensão que avalia o total do BSI com a subescala da Ansiedade. BSI\_Ans ( $r = .898$ ;  $p < .001$ ); entre o PHQ\_T, utilizado para avaliar os níveis de depressão, e o índice geral de sintomas do BSI, usado para avaliar os níveis de distress ( $r = .799$ ;  $p < .001$ ) e entre a escala da dor psicológica (EDP\_T) e o IGS ( $r = .746$ ;  $p < .001$ ). Assim, conclui-se que quanto maiores forem os níveis de depressão, maior é o distress no indivíduo e quanto maior for a dor psicológica, mais elevados são os níveis de distress e de depressão. Em termos gerais, estes resultados parecem sugerir que quanto mais elevadas forem as pontuações nas escalas da Ansiedade, Distress e Depressão, mais elevadas serão as pontuações da Dor Psicológica.



Segundo Cohen, 1998 assumiu-se que todas as correlações são fortes, mesmo considerando níveis de valor mais restritos ( $r=.50$  a  $r=1,0$ ) (Cohen, 1988). Embora haja a consciência de que a definição de patamares para avaliação da força da associação não é consensual, selecionaram-se para este estudo, os critérios de Cohen (1988) que são:  $.10 - .29$ , a correlação é considerada fraca;  $.30 - .49$ , a correlação é considerada moderada;  $.50 - 1$ , a correlação é considerada elevada, assumindo-se desta forma que todas as correlações efectuadas anteriormente são elevadas.

**Tabela 3.** Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis em estudo

	BSI_Ans	BSI_IGS	PHQ_T	EDP_T
1. BSI_Ans	-			
2. BSI_IGS	.898**	-		
3. PHQ_T	.757**	.799**	-	
4. EDP_T	.704**	.746**	.689**	-

Legenda:  $p<0.001^{**}$ ; BSI\_Ans=Subescala da Ansiedade do BSI; BSI\_IGS= Índice Geral de Sintomas do BSI; PHQ\_T= Questionário de saúde do paciente Total; EDP\_T= Escala da dor psicológica Total

#### *Níveis de distress, ansiedade e dor psicológica nos diferentes anos académicos*

Para verificar diferenças entre os níveis de distress, ansiedade e dor psicológica na população em estudo, compararam-se as três variáveis através de uma análise de variância (ANOVA), observando-se diferenças estatisticamente significativas entre elas e os anos letivos frequentados pelos alunos.

Esta análise de variância, permite testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias de uma variável contínua nos níveis de uma variável nominal (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1995).

Recorrendo ao teste de homogeneidade de variâncias (teste de Levene), verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas ( $p<.005$ ), não se assumindo desta forma a homogeneidade das mesmas. Assim, recorreu-se ao teste de *Brown-Forsythe*, pois todas as análises feitas violaram o pressuposto da análise das variâncias. Neste teste, verificou-se um  $[F(3; 771)=5.611, p<.001]$  na variável referente à ansiedade (BSI\_Ansiedade) um  $[F(3;$

772)=10.741,  $p=.000$ ] na variável correspondente aos sintomas de depressão (PHQ\_total), um  $[F(3;768)=3.088; p=.000]$  na variável que avaliou a dor psicológica dos alunos (EDP\_total) e um  $[F(3;757)=9.441; p<.001]$  na variável que avalia o distress (IGS), o que significa a presença de diferenças significativas entre os grupos.

Como foram encontrados valores de F significativos, aplicaram-se testes *post hoc* para se identificar exatamente quais os testes com diferenças entre si. Para isso, foi utilizado o teste de Turkey HSD (*Honestly Significant Differences*) dado cumprir-se o pressuposto das variâncias não homogêneas. Contudo, apesar de ter sido feita a análise estatística do mesmo, foi dada preferência ao teste de *Games-Howell* por ser o mais adequado para análises de amostras não homogêneas, apesar da amostra ser grande (Field, 2005).

Foi desta forma, possível identificar quais os anos que reportam maiores níveis de ansiedade/distress e dor psicológica nos alunos do curso de Enfermagem. Através da análise pelo *Games-Howell*, conclui-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Na escala que avaliou a ansiedade,  $[F(3; 771)=5.611, p<.001]$ , verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o 1º (M=.46; DP=.499) e o 3º (M=.34; DP=.406), sendo o 3º ano aquele que apresenta menores níveis de ansiedade nos estudantes. Há também diferenças significativas entre o 3º e 4º ano (M=.56; DP=.607), sendo este último ano da licenciatura aquele que apresenta níveis mais elevados de ansiedade comparativamente aos outros. No respeitante à depressão  $[F(3; 772)=10.741, p=.000]$ , foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os anos do curso, sendo o 3º (M= 3.03; DP=3.467) e o quarto (M=5.69; DP=5.69), os que apresentam menores e maiores valores para a depressão respetivamente. Também há diferenças entre o 2º ano (M= 4.74; DP=4.31) e o 3º, sendo que no segundo ano os alunos pontuam mais do que no 3º, talvez por ser este o ano de início da prática clínica.

Quando analisada a dor psicológica nos estudantes  $[F(3;768)=3.088; p=.000]$ , observou-se existirem diferenças entre o 1º (M= 17.82; DP= 6.67) e o 3º ano ( M=15.95; DP=5.66), sendo os alunos de primeiro ano que assumiram sentir uma maior dor psicológica. O ano académico que apresentou uma média superior foi o 2º ano (M=18.81; DP=6.68), podendo ser comparado com o terceiro que apresenta a média mais baixa de dor psicológica. Concluindo a análise de todas as variáveis, verificaram-se como foi referido

anteriormente, diferenças estatisticamente significativas no índice que avalia o distress [F(3;757)=9.441; p<.001], sendo o 1º (M=.51; DP=.469) e o 4º ano (M=.51; DP=.557), aqueles que apresentam as maiores médias de distress psicológico. Há diferenças entre o 1º ano e o 3º (M=.27; DP=.348), sendo o terceiro ano aquele que pontua o valor mais baixo de distress.

#### *Níveis de distress e dor psicológica por sexo*

No sentido de explorar a influência das variáveis distress e dor psicológica sentidas pelos alunos, realizaram-se testes *t de Student* para amostras independentes. Através da análise da Tabela 4, constatou-se ser o sexo feminino aquele que apresenta níveis mais elevados tanto de distress [t(305.66)= -4.381, p<.001], como de dor psicológica [t(357.47)= -4.710, p<.001] e que estas diferenças são estatisticamente significativas para ambas as variáveis. Importante será referir, que os resultados mantêm-se estatisticamente significativos se selecionarmos apenas 140 elementos do sexo feminino e 140 do sexo masculino, o que demonstra que a diferença da amostra relativamente ao sexo (feminino N=629 e masculino, N=629), não é apenas derivada da diferença do número de elementos entre eles.

**Tabela 4.** Médias e desvio padrão das variáveis por sexo (feminino e masculino)

	Sexo Feminino N=629	Sexo Masculino N=140	t	g.l.	p
<b>BSI_IGS</b>	<b>.49 (.517)</b>	.34 (.325)	- 4.381	305.66	.000*
<b>EDP_total</b>	<b>18.04 (8.36)</b>	15.58 (4.77)	- 4.710	357.47	.000*

\*p<.001; M(DP)

### **Discussão**

Estudos têm vindo a apontar que os estudantes universitários parecem ser uma população de risco em vários níveis, principalmente no que diz respeito à Saúde Mental (Benton et al, 2009). Desta forma, é importante compreender as relações entre as variáveis implicadas.

Tendo em conta que a população alvo deste estudo são jovens adultos, alunos do ensino superior, não poderão ser ignoradas as alterações nos seus padrões físicos ou psicológicos que trazem aos mesmos imensas transformações, provocando na sua vida um conjunto de mudanças quer a nível cognitivo quer a nível social (Claudino & Cordeiro, 2006; Chaves et al., 2010). Estas referidas mudanças, são as principais responsáveis pelo aumento da ansiedade, alteração de comportamento e aparecimento de sintomas depressivos. Estes sintomas manifestados, não são mais do que a forma inconsciente de dar respostas a determinados estímulos stressores.

Através da análise dos resultados obtidos tanto na subescada da ansiedade do BSI, como no índice geral de sintomas (IGS) que avalia os níveis de distress, constatou-se ser o sexo feminino aquele que apresenta médias mais altas para estas dimensões, o que vai de encontro com alguns estudos já realizados em estudantes do ensino de saúde em geral e não apenas em enfermagem (Loureiro et al., 2008; Assadi et al., 2001; Faria, Carvalho & Chamorro, 2004; Francisco, 2009; Oliveira 2008; S. Custódio et al., 2009). Estes resultados, podem ser preocupantes no sentido em que a maioria dos estudantes dos cursos de saúde em Portugal são mulheres. O sexo feminino, apresenta tendencialmente expectativas mais elevadas em relação ao futuro, quer a nível académico quer a nível pessoal. Quando estas expectativas não são alcançadas, ou quando os objetivos pré-estabelecidos não são cumpridos, pode fazer com que os indivíduos, neste caso as raparigas, fiquem mais vulneráveis a reações depressivas e a níveis de ansiedade tão elevados que interferem nos seus processos cognitivos, sendo na maior parte das vezes incapazes de seleccionar a alternativa mais adequada para uma tomada de decisão.

As diferenças estatisticamente significativas entre sexos, relativamente aos níveis de ansiedade e distress podem também ser explicadas por um estudo realizado por Allen (1999), onde se verificou serem as mulheres a apresentar níveis mais elevados de desejo em terminar a licenciatura. Da mesma forma e como já foi referido anteriormente, o sexo feminino é aquele em que se verificam expectativas mais elevadas relativamente às diferentes dimensões da vida académica, pessoal e social associadas ao ensino superior (Soares & Almeida, 2002). Na sequência destes acontecimentos, pode-se identificar o aparecimento da dor psicológica, caracterizada por ser uma dor aguda intensa, associada sempre a um sentimento de vergonha, humilhação, angústia, desespero, solidão e medo (Flamenbaum, 2009).

Através deste estudo, conseguiu-se corroborar a hipótese 3, que prevê maiores pontuações de distress e consequente dor psicológica no sexo feminino. Apesar da dor psicológica não ter sido um alvo de estudo intensivo ao longo dos últimos anos, há alguns estudos que comprovam ser de extrema importância compreender esta dor como sendo algo realmente grave e doloroso, afetando bastante os estudantes universitários, principalmente da área de saúde, estando estes ligados diretamente com o sofrimento do outro (Lester, 2000). A escala original que avalia a dor psicológica “*Psychache Scale*”, foi construída a partir de afirmações sobre dor psicológica e administrada em 505 estudantes universitários (Holden, Metha, Cunningham & McLeod, 2001), onde através da aplicação da mesma, chegou-se a um forte valor de consistência interna ( $\alpha=.92$ ), como aconteceu com a tradução feita neste estudo para a população portuguesa ( $\alpha=.95$ ).

Os resultados desta investigação sugerem existir uma significativa dor psicológica nos estudantes, sendo o sexo feminino a apresentar pontuações mais altas.

Apesar de não haver estudos suficientes sobre este tipo de dor, (limitando a comparação dos nossos dados com outros a nível nacional e internacional), parece ser pertinente começar uma investigação mais dedicada e aprofundada, pois vários autores (Delisle & Holden, 2004; Holden et al., 2001; Shneidman, 1993) já concluíram existir uma ligação direta entre a dor psicológica e a ideação suicida, mais especificamente entre a dor psicológica e o suicídio como sendo a única forma de terminar com o sofrimento causado pela mesma. Sendo a população feminina aquela mais predominante nas áreas de saúde, e verificando-se uma maior número de respostas verdadeiras relativamente à ideação suicida e à visão menos favorável do presente e do futuro pelas mesmas, o estudo da dor psicológica em ambiente académico será de extrema importância. Se formos de encontro aos estudos de Shneidman (1993), que identifica a dor psicológica como algo inerente à ideação suicida, baseando-nos nos resultados deste estudo (sexo feminino ter mais pensamentos suicidas, mais ansiedade e maior dor psicológica), constata-se que há um risco eminente de suicídio nesta população e um sofrimento recorrente que poderá ser evitado caso haja uma prevenção atempada, quer no ingresso para o ensino superior como no decorrer do mesmo.

Outro fator que deve ser tido em consideração é a depressão nos jovens. Como já foi mencionado, esta tem sido retratada em vários estudos como sendo um importante fator de manutenção para a ideação suicida. Indivíduos com sintomatologia depressiva

expressam frequentemente o desejo de morrer e de terminar com a sua vida como sendo algo inevitável para terminar com todo o seu sofrimento, podendo ser esta a única solução possível quando estão presentes expectativas negativas em relação ao futuro (Borges, 2006). Com o avançar das ciências humanas, tem sido provado que tanto a depressão como a ansiedade fazem parte dos problemas vivenciados por estes jovens. Atualmente, sabe-se que nesta faixa etária estes são tão passíveis à ansiedade e depressão como os adultos.

Quando estudamos a relação dos níveis de distress e depressão nos estudantes comparando estes valores com os diferentes anos académicos, foi notória a presença desta patologia em alguns indivíduos, sendo os alunos do 4º ano, os que pontuam mais alto e os do 3º ano aqueles que pontuam menos. Verificaram-se também diferenças significativas entre o segundo e o terceiro, sendo que no segundo ano, estes apresentam maiores níveis de depressão, podendo atribuir como causa principal deste aumento o início da prática clínica que se verifica no referente ano, onde está sempre presente o medo de falhar, do fracasso e os sentimentos de tristeza/solidão começam a surgir, podendo ser identificados pelos alunos como fatores precipitantes da depressão. Também, é neste ano que aprendem a tomar decisões, assim como a defender os seus pontos de vista e responsabilizar-se pelos seus actos, contribuindo de forma significativa para o seu amadurecimento afetivo.

Ao nível do distress e da ansiedade, verificou-se ser o 2º ano do curso aquele que apresenta maiores pontuações, o que vai ao encontro a alguns estudos já feitos (Tully, 2004; Lo, 2002). Este aumento de ansiedade, interpretada na maioria das vezes como exagerada e negativa (distress), pode dever-se ao facto de ser neste ano que os alunos dão início à prática clínica vivenciando este momento com níveis de stresse e/ou ansiedade elevados (Phillips, 1988; Jones & Johnston, 1997). Nesta etapa os alunos enfrentam novos desafios, confrontando diretamente o doente e a doença em si. De salientar que, conforme foi revisto na literatura, é o 1º ano que apresenta uma menor percepção de situações indutoras de stresse, comparativamente com os colegas de outros anos (Custódio, Pereira & Seco, 2009). Contudo, a presente investigação veio demonstrar ser neste ano a presença de valores mais elevados de distress, concomitantemente com o 4º ano. Apesar de não haver suporte empiricamente válido para estes valores, com o decorrer da investigação sugere-se que estes valores possam ser explicados de forma clara e simples: no 1º ano, dá-se uma mudança radical na vida dos estudantes, a saída de casa de alguns alunos, a aprendizagem de uma nova vida e estabelecimento de novas relações, entre outros. Estes

momentos são sem dúvida indutores de uma enorme ansiedade, pois o medo do desconhecido e da novidade traz consigo todos estes sentimentos, deparando-se com dificuldades de adaptação a vários níveis (exigências académicas e integração social), o que se relaciona não só com as capacidades cognitivas, mas também com a mudança horária, mais especificamente o aumento da carga horária comparada com o ensino secundário. No 4º ano, verifica-se o término da licenciatura, a “prova final”, onde os alunos preveem a sua entrada no mercado de trabalho e a defesa do projecto final. Assim, torna-se mais fácil compreender o motivo pelo qual são estes os anos que tem as pontuações mais elevadas de distress. Contudo, tem-se verificado noutro tipo de estudos que os alunos referentes ao 1º ano de Enfermagem nem sempre apresentam níveis mais elevados de stress, verificando-se que alguns alunos experienciam significativamente menos stress do que os do 2º ano (Santos, 2011).

Outra situação verificada nesta análise, foi a presença de valores elevados de dor psicológica no 2º ano da licenciatura, podendo-se atribuir este valor precisamente ao mesmo facto que foi referido anteriormente, ser este o ano de início da prática clínica. Neste sentido, sugere-se a necessidade dos estudantes aprenderem a desenvolver capacidades individuais de controlo de stress, mais especificamente competências para lidar com situações difíceis, tornando-se mais resilientes à sobrecarga emocional. Para isso, talvez a existência de uma formação inicial que privilegia-se o desenvolvimento curricular de mecanismos de suporte individual, relacional e social, numa perspectiva multidisciplinar ajudem os estudantes a aperfeiçoar os seus mecanismos, ultrapassando mais calmamente as situações difíceis e de stress que a prática clínica lhes proporciona (Barroso, 2009).

Segundo Ribeiro (1993), a ansiedade vai sofrendo alterações ao longo dos anos académicos. Num estudo feito pelo autor com estudantes do ensino secundário e do ensino superior, demonstrou-se que durante o percurso escolar os alunos desenvolveram várias estratégias para lidar com os acontecimentos do dia-a-dia, reduzindo desta forma os estados depressivos e ansiosos dos mesmos. Assim, seria importante estudar a relação existente entre o estudante do ensino superior e a ansiedade gerada pelos mesmos, tendo sempre em conta que este é um momento onde há inúmeras mudanças, geradoras de ansiedade e que influenciam o estado de saúde do jovem adulto. Este estudo de Ribeiro (1993), vem a corroborar os baixos níveis de todas as variáveis em estudo no 3º ano da

licenciatura. O 3º ano é aquele que apresenta pontuações mais baixas em todas as dimensões, inclusivé na dor psicológica. Este facto deve-se, segundo a literatura, à habituação do estudante ao ensino superior, ou seja, no 3º ano o aluno já está ambientado às mudanças, já teve o primeiro ano de integração e de hábito ao ritmo de estudo, assim como já frequentou o 2º ano, caracterizado por ser o ano de início à prática clínica. Assim, estes alunos apresentam níveis mais baixos em todas as dimensões deste estudo, pois segundo Neves e Ribeiro (2000), à medida que estes fazem o seu percurso académico, criam estratégias ou mecanismos de coping mais adequados para lidar com os sentimentos, diminuindo o risco do seu aparecimento (Neves & Ribeiro, 2000).

O presente estudo revela-se útil na medida que aborda uma temática de extrema importância e pouco evidenciada na literatura, a dor psicológica. É importante reconhecer possíveis indicadores de risco nos jovens de hoje em dia, principalmente no meio académico e nos cursos relacionados com a saúde.

O contexto do ensino superior, traz ao estudante bastantes solicitações e uma maior autonomia, bem como expectativas positivas em relação à sua nova vida (Chaves et al., 2010). Caso este não saiba gerir bem estas mudanças poder-se-à “*perder no meio de tanta azáfama*” e isso irá refletir-se no seu rendimento académico (Freitas, Raposo & Almeida, 2007). Sendo uma altura de mudanças, a entrada e permanência no ensino superior pode induzir níveis elevados de ansiedade, que quando não são detetados precocemente, podem tornar a ansiedade “normal”, numa ansiedade prejudicial ao desenvolvimento pessoal. Assim, o jovem vivencia sentimentos de medo e fracasso, característicos da dor psicológica. Esta deve ser trabalhada e detetada pelos colegas ou docentes, caso o aluno não tenha insight da sua situação, de forma a prevenir a ideação suicida, que segundo Shneidman e conforme foi referido ao longo do trabalho, relaciona diretamente estas duas variáveis: caso haja uma dor psicológica, há inevitavelmente ideação suicida, sendo um fator de risco para um suicídio consumado no futuro. A existência de ideação suicida pode ser considerada como um importante fator de risco para o suicídio, sendo em qualquer idade, uma morte antecipada que pode ser evitada por meio de ações preventivas quer por parte da família, escola, meios de comunicação e até mesmo da comunidade como um todo, procurando desta forma, promover o desenvolvimento saudável destes jovens adultos ou ainda adolescentes.



Torna-se importante treinar e implementar grupos multidisciplinares de profissionais de saúde, através de cursos de formação ou workshops de forma a criar planos de intervenção nestes jovens, principalmente no ingresso do ensino superior e durante a prática clínica. São várias as instituições que já criaram gabinetes de apoio psicopedagógico e programas que visem a prevenção do suicídio em meio académico, sendo esta uma realidade infelizmente bastante presente. É importante preparar os alunos para todos os momentos do curso, salientando que o contacto com a doença é inevitável nos cursos de saúde, mas reforçando que havendo uma boa saúde mental e prevenção de ansiedade excessiva e consequente dor psicológica, o curso será certamente enfrentado com mais entusiasmo, transmitindo isso aos outros e principalmente aos doentes com que lidam diariamente.

### Referências

- Allen, D. (1999). Desire to finish college: An empirical link between motivation and persistence. *Research in Higher Education*, 40, 461-485
- Araújo, B. R., Almeida, L. S., & Paul, M. C. (2003). Transição e Adaptação Académica dos Estudantes à Escola de Enfermagem. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 56,64.
- Almeida, T.; Pereira, A.; Pedrosa, H. (2006). Sintomas de stresse e impacto na saúde no ensino clínico de enfermagem. In I. Leal, J.P. Ribeiro e S.N. Jesus (Orgs), Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Faro: Universidade do Algarve, pp. 769-774
- American Psychiatric Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6<sup>th</sup> edition). Washington, DC: Author.
- Arnett, J. (2004). *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teen through the Twenties*. Oxford: University Press.
- Assadi SM, Nakhaei MR, Najafi F, Fazel S. *Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors. A cross-sectional study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007 Jan;42(1):57-60.

- Barroso, I. M. A. (2009) *O ensino clínico no curso de licenciatura de enfermagem. Estudos sobre as experiências de aprendizagens, situações e factores geradores de stresse nos estudantes*. Mestrado. Instituto de Ciências médicas Abel Salazar. Porto.
- Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R., & D. Brener, N. (2010). Suicide Ideation Among US College Students Associations with Other Injury Risk Behaviors. *Journal of American College Health*, 48, 229-233.
- Benton, S., Robertson, J., Tseng, W., Newton, F., & Benton, S. L. (2003). Changes in counselling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (1), 66-72. doi: 10.1037/0735-7028.34.1.66
- Borges, V. R. (2006). Estudo da ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 354-351
- Canavarro, M. C. (no prelo). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol. III*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Chaves, C. M. C. (2010). *Promoção de Comportamentos Saudáveis e Prevenção da Sida no Ensino Superior*. Dissertação de Doutoramento – Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Chaves, C.; Pereira, A.; Martins, R. Duarte, J. Dioniso, R (2010) O ensino Superior e a SIDA, *Revista Millennium* Nº39, 73-87
- Chickering, A. W. & Reisser, L. (1993). *Education and Identity*. (2<sup>nd</sup> edition). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cronbach, L. J. (1951). Coeficiente alpha and internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 295-309
- Claudino, J., & Cordeiro, R. (2006). *Níveis de Ansiedade e Depressão nos alunos do curso de licenciatura em Enfermagem o caso particular dos alunos da Escola Superior de Portalegre*. Educação, ciência e tecnologia, 197-210.
- Custódio, S.; Pereira, A. & Seco, G. (2009). Estudo de Validade da Escala de Situações Indutoras de Stresse em Ensino Clínico de Enfermagem. In, S. Jesus, I. Leal & M.

Rezende (Coords.), *Resumos e Textos do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*, pp.694-706. Faro: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.8/318>

- Custódio, S. M. R. (2010). *Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Doutoramento, Universidade de Aveiro.
- Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G. (2009). Stresse e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em ensaio clínico. *In Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*, Braga: Universidade do Minho.
- Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ* 2005 Jun;39(6):594-604.
- Dancey, C. P., Reidy, J., (2011). *Statistics Without Maths for Psychology*. (5<sup>th</sup> edition). Edinburgh Gate.
- Eisengerg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542.
- Ferguson, C., (2009). *An Effect Size Primer: A Guide for Clinicians and Researchers*. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Ferreira, C.A.M. (2009). *Intervenção Psicológica no Ensino Superior: Efeito da Psicoterapia no rendimento académico*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Field, A. (2005). *Discovery Statistics Using SPSS*. (2<sup>th</sup> edition). SAGE Publications. London.
- Flamenbaum, R. (2009). *Testing Shneidman's theory of suicide: Pshychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness*. Tese de doutoramento, Queen's University Kingston, Ontario, Canada.
- Flamenbaum, R., & Holden, R. (2007). *Psychache as a Mediator in the Relationship Between Perfectionism and Suicidality*. *Journal of Conseling Psychology*, 54(1), 51-61. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.51
- Freitas, H.C.,Raposo, N.,& Almeida, L. (2007). Adaptação do estudante ao ensino superior e rendimento académico: Um estudo com estudantes do primeiro ano de enfermagem. *Revista Portuguesa de pedagogia*,41-1, 179-188.



- Garro, I. M. B., Camillo, S. D.O., & Nóbrega, M. P. S. S. (2006). *Depression among Nursing Undergraduate Students*. *Acta Paul Enferm*, 19(2), 162-167. doi: 10.1590/S0103-21002006000200007
- Hair, J. F., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1995). *Multivariate data: Analysis with readings*. New Jersey: Prentice Hall
- Holden, R. R., Metha, K. N., Cunningham, J. & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 33 (4), 224-232
- Jones, M. C.; Johnston, D. W. Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26: 475-482
- Lamela, D., Castro, M., Figueiredo., B. (2009). Preliminary Efficacy Evaluation of a Group Intervention for Divorced Parents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (2), 334-344
- Loureiro E, McIntyre T, Mota-Cardoso R, Ferreira MA. The relationship between stress and life-style of students at the Faculty of Medicine of Oporto. *Acta Med Port* 2008 May-Jun;21(3):209-14.
- Lester, D. (2000). Psychache, depression and personality. *Psychological Reports*, 87 (3), 940
- Misra, R., Mckean, M., West, S., & Russo, T. (2000). Academic Stress of college students: Comparison of student and faculty perceptions. *College Student Journal*, 34(2), 236-245.
- Neves, A. C. & Ribeiro, J. L. P.(2000). A influência do auto-conceito e de ansiedade na saúde de estudantes universitários. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. ISPA, Lisboa. 67-85
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Menezes, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. doi: 10.1080/13548500500524088
- Pais-Ribeiro. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde. Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Menezes, R., & M.Baltar. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Pereira, A. C. M. (2009). *Análise de depressão e ansiedade em alunos do ensino superior: comparação com um estudo do curso de radiologia*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal.
- Pereira, A.M.S., Vaz, A., Medeiros, J., Lopes, P., Melo, A., Ataíde, R., Pinto, C., Decq Motta, E., Bernardino, O., Mendes, R. & Ferreira, J. (2004). Características psicométricas do inventário do stress em estudantes universitários – estudo exploratório. In C.Machado *et. al (org)*, *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (15-18 de Setembro). Braga: Psiquilíbrios Edições, pp. 326-329.
- Philips, A. P. Reducing nursing student's anxiety level and increasing retention of materials. *Journal of Nursing Education*, 1988; 27:35-41.
- Ramalho, V. & McIntyre, T. (2001) Unidade de Consulta Psicológica Clínica e da Saúde do SCPDH da Universidade do Minho: *Caracterização das utentes estudantes. Comunicação apresentada no Congresso Percursos no Feminino: Saúde e Psicopatologia da Mulher*, Porto, 25 de Outubro.
- Santos, M. L. R. R. (2011). *Saúde Mental e Comportamentos de risco em estudantes universitários*. Doutoramento, Universidade de Aveiro.
- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 31(3), 185-205.
- Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2007). Construindo pontes para uma adaptação bem sucedida ao ensino superior: implicações práticas de um estudo. Comunicação apresentada no Congresso Da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação IX, Madeira.
- Shneidman, E. S. (1993) – Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 145-147
- Silva, R. S., & Costa, L. A. (2012). *Prevalência de transtornos mentais comuns entre estudantes universitários da área de saúde*. Encontro-Revista de Psicologia, 15, 105-112.

- Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M., & Almeida, L. S. (2003). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III): Quarteto.
- Soares, A. P., & Almeida, L. S. (2002). *Trajectórias escolares e expectativas académicas dos candidatos ao ensino superior: contributos para a definição dos alunos que entram na Universidade do Minho*. Braga: Universidade do Minho.
- Soares, A. J. D. A. (2009). *Variáveis Psicossociais e Reactividade Emocional em Cuidadores de Dependentes de Substancias*. Universidade do Minho, Braga.
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4): 249-257
- Torres, A., Pereira, A. e Monteiro, S. (In Press). Preliminary psychometric characteristics of the Portuguese version of Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) in a sample of Portuguese breast cancer women. [Abstract] *European Psychiatry*.
- Tully, A. (2004). Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 43-47
- Werlang, B. S. G., Fensterseifer, L., & Borges, V. R. (2006). *Temas em Psicologia Clínica: Dor Psicológica e Suicídio: aproximações teóricas*, 66-76, São Paulo, Brasil.
- World Health Organization [WHO], (1946). *Constitution of the World Health Organization*. from [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf)

## Anexos

### 1. Autorização para a recolha de dados da ESEnFC

 S. R. MINISTERIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA <b>ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA</b> Rua 5 de Outubro e ex Avenida Bissaya Barreto - Apartado 7001 3046-851 COIMBRA E-mail: esenfc@esenfc.pt	
<p>Exma. Senhora Dra. Ariana Andreia Martins Pereira (via email)</p>	
<b>VOSSA REFERÊNCIA</b>	<b>NOSSA REFERÊNCIA</b>
Processo	Processo
Data	Data 26.02.13
Ofício n.º	Ofício n.º 135/Pres.
<b>ASSUNTO: Autorização para colheita de dados</b>	
<p>Em resposta ao pedido formulado por V. Exa. para a colheita de dados - através da aplicação de um questionário aos estudantes do 1º e 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem no ano letivo de 2012-2013 da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, integrada no estudo de investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado (<i>Contributos para a avaliação da saúde mental: validação do questionário de saúde do paciente e da dor psicológica</i>) que se encontra a desenvolver, informo que o mesmo foi autorizado.</p>	
<p>Com os melhores cumprimentos, <i>também pessoais.</i></p>	
<p>A Presidente</p>  Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento	
<p>ESEnFC - Mod. 1 <span style="float: right;">Telfs. 239 802 850 / 239 487 200 - busca automática - Fax 239 442 648</span></p>	

## 2. Questionário Sócio-demográfico

Nesta investigação pretende-se contribuir para a avaliação da saúde mental dos alunos da *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. A informação fornecida ou quaisquer dados recolhidos serão mantidos em confidencialidade e não serão associados a qualquer informação pessoal do participante. A sua participação é voluntária e extremamente importante para este estudo. Agradeço desde já a sua disponibilidade.

1. **Sexo:** M  F  **Idade:** \_\_\_\_\_
2. **Local de Residência:**
3. **Local de residência em tempo de aulas:**
4. **Estado Civil:** Solteiro  Casado  U. Facto  Divorciado/Separado
5. **Agregado Familiar:** Sozinho(a)  A viver com parceiro(a)  Família   
Amigo/Colega de quarto
6. **Habilitações Literárias dos pais:**  
**Pai:** Ensino Básico  Secundário  Superior   
**Mãe:** Ensino Básico  Secundário  Superior
7. **Atualmente o aluno encontra-se em que situação:**  
Ano: \_\_\_\_\_ N° de anos no Ensino Superior: \_\_\_\_\_
8. **Qual a percepção do seu rendimento escolar?**  
Má  Razoável  Boa  Muito Boa
9. **Trabalhador estudante:**  Sim  Não
10. **Desde a entrada no Ens. Superior procurou acompanhamento psicológico?**  
Não  Sim
11. **Responda às seguintes questões em relação à maneira como se sente:**
12. Vejo o meu futuro com esperança e entusiasmo. V  F



13. Quando penso no futuro vejo-me mais feliz do que agora. V  F
14. O futuro parece-me vago e incerto. V  F
15. Tenho mais bons momentos que maus. V  F
16. Alguma vez sentiu que não vale a pena viver? V  F
17. Já pensei em comportamentos que punham em causa a minha vida. V  F
18. Já pensei em acabar com a vida como solução para os meus problemas. V  F
19. Já tive comportamentos de risco que poderiam por em causa a minha vida. V  F
20. Já tentei o suicídio. V  F

### **Escala da dor psicológica**

*(Holden et al., 2001; versão portuguesa de José Carlos Santos, 2013)*

As seguintes afirmações referem-se à sua dor psicológica, e não à sua dor física. Circule o número adequado, indicando a frequência com que ocorrem as seguintes afirmações:  
1= Nunca; 2 = Algumas vezes; 3 = Frequentemente; 4 = Quase sempre; 5 = Sempre

<b>Sinto dor psicológica.</b>	1	2	3	4	5
<b>Parece que tenho dor interiormente.</b>	1	2	3	4	5
<b>A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física.</b>	1	2	3	4	5
<b>A minha dor faz-me querer gritar.</b>	1	2	3	4	5
<b>A minha dor faz com que a minha vida pareça infeliz.</b>	1	2	3	4	5
<b>Não consigo entender a razão do meu sofrimento.</b>	1	2	3	4	5
<b>Psicologicamente, sinto-me péssimo/a.</b>	1	2	3	4	5
<b>Tenho dor porque sinto-me vazio/a.</b>	1	2	3	4	5
<b>A minha alma dói-me.</b>	1	2	3	4	5

Por favor continue este questionário usando a seguinte escala:

1= Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não sei; 4 = Concordo; 5 = Concordo Totalmente

<b>Não aguento mais a minha dor.</b>	1	2	3	4	5
<b>A minha situação tornou-se impossível devido à minha dor.</b>	1	2	3	4	5
<b>A minha dor está a destruir-me.</b>	1	2	3	4	5
<b>A minha dor psicológica afecta tudo o que faço.</b>	1	2	3	4	5

### **Questionário de Saúde do Paciente PHQ-SADS**

*PHQ-SADS* (Spitzer, Williams, Kroenke, & colaboradores, 2000; versão portuguesa: Monteiro, Pereira, & Torres, 2013)

*PHQ-9* (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; versão portuguesa: Torres, Pereira & Monteiro, 2012)

Este questionário é um elemento importante para lhe podermos prestar os melhores cuidados de saúde. As suas respostas irão ajudar a compreender os problemas que possa ter. Por favor, responda a todas as perguntas o melhor que conseguir.

<b>A. Durante as últimas 4 semanas, em que grau se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?</b>	<b>Nada incomodado</b>	<b>Pouco incomodado</b>	<b>Muito incomodado</b>
1. Dor de estômago			
2. Dor nas costas			
3. Dor nos braços, nas pernas ou nas articulações (joelhos, ancas, etc.)			
4. Cólicas menstruais ou outros problemas com a sua menstruação (somente para mulheres)			
5. Dor ou problemas durante a relação sexual			
6. Dores de cabeça			
7. Dor no peito			
8. Tonturas			
9. Desmaios			
10. Sentir o coração a bater mais forte ou acelerado			
11. Falta de ar			
12. Prisão de ventre, intestino solto ou diarreia			
13. Enjoo, gases ou indigestão			

<b>B. Durante as últimas 2 semanas, com que frequência se sentiu incomodado por cada um destes problemas?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Vários dias</b>	<b>Mais de metade dos dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>

1. Sentir-me nervoso, ansioso ou irritado.				
2. Fui incapaz de parar de me preocupar ou de controlar as preocupações				
3. Preocupei-me demais com diferentes assuntos.				
4. Tive dificuldade em relaxar.				
5. Estive tão inquieto que era difícil ficar sossegado.				
6. Estive facilmente incomodado ou irritável.				
7. Senti receio, como se algo terrível pudesse acontecer.				

<b>C. Perguntas sobre ansiedade.</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>a.</b> Nas últimas <u>4 semanas</u> , teve alguma crise de ansiedade - sentiu de repente medo ou pânico? <b>Se assinalou NÃO, passe para a questão D.</b>		
<b>b.</b> Isso já tinha acontecido antes?		
<b>c.</b> Algumas dessas crises acontecem de repente, surgem do nada – ou seja, em situações que você não esperava sentir-se nervoso ou pouco à vontade?		
<b>d.</b> Essas crises incomodam-no muito ou está preocupado em ter outra crise?		
<b>e.</b> Durante a sua última crise de ansiedade forte, teve sintomas como falta de ar, suores, ou o seu coração bateu mais forte, disparou ou falhou?		

<b>D. Durante as últimas 2 semanas, com que frequência se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Vários dias</b>	<b>Mais de metade dos dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>
1. Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais.				
2. Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.				
3. Dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado.				
4. Sentir-se cansado ou ter pouca energia.				
5. Diminuição ou aumento de apetite.				
6. Sentir-se mal consigo próprio – sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família.				
7. Dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler um jornal ou ver televisão.				
8. Mexer-se ou falar tão devagar que outras pessoas já devem ter reparado. Ou o contrário, estar tão inquieto ou agitado que se move muito mais do que o habitual.				
9. Pensamentos acerca de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma.				

E. Se assinalou **qualquer** um dos problemas descritos neste questionário, indique o grau de **difículdade** que os mesmos lhe causam no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?

Nenhuma Dificuldade      Pouca Dificuldade      Muita Dificuldade      Extrema Dificuldade  
                                                                                                                 

**BSI**

*L.R. Derogatis, 1923; Versão de M.C. Canavarro, 1999*

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36. Ter dificuldade em se concentrar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Falta de forças em partes do corpo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Ter vontade de destruir ou partir coisas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Ter ataques de terror ou pânico  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Entrar facilmente em discussão   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Sentir que não tem valor   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Ter sentimentos de culpa   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

