



**MARIA CONSTANÇA  
DE BARBOSA  
MENDONÇA DE  
MORAIS SARMENTO**

**SAÚDE MENTAL E COMPORTAMENTOS DE RISCO  
NO ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Otilia Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e coorientação da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus pais.

**o júri**

presidente

**Prof. Doutora Paula Emanuel Rocha Martins Vagos**  
professora auxiliar convidada da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor Manuel Jacinto de Ascensão Jardim**  
investigador da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa

**Prof. Doutora Sara Otilia Marques Monteiro**  
professora auxiliar convidada da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

À Professora Doutora Sara Monteiro, orientadora da dissertação, um agradecimento especial pelo o apoio e dedicação, toda a partilha do saber e as preciosas contribuições para este estudo.

À Professora Doutora Anabela Pereira, coorientadora da dissertação, agradeço a sua contribuição, o apoio e a partilha de conhecimentos.

À Mestre Helena Moura, um agradecimento especial, não só pela contribuição valiosa na aplicação dos instrumentos do estudo, mas também por toda a disponibilidade demonstrada e pelas palavras sempre carinhosas e encorajadoras.

A todos os estudantes que tão generosamente participaram neste estudo, pois sem eles este trabalho não seria possível.

À minha família e ao João que sempre me apoiaram e ajudaram em todos os momentos.

## palavras-chave

adulter emergente, estudantes do ensino superior, saúde mental, comportamentos de risco, grupo clínico, grupo não clínico.

## resumo

No Ensino Superior (ES), o número de jovens estudantes com perturbações mentais tem vindo a aumentar progressivamente. De igual forma, os centros de aconselhamento psicológico das Instituições do Ensino Superior (IES) têm reportado aumentos significativos na prevalência e severidade dos problemas psicológicos dos seus alunos. O presente estudo tem como objetivo principal averiguar se existem diferenças no que diz respeito à saúde mental e aos comportamentos de risco entre dois grupos: o grupo clínico, composto por estudantes que atualmente recebem apoio psicológico e/ou psiquiátrico, e o não clínico, constituído por elementos que não recebem qualquer tipo de apoio no presente. Para tal, foi utilizada uma amostra de 1031 estudantes do ES, com idades compreendidas entre os 18 e os 62 anos. Os instrumentos utilizados para este fim foram o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e o Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários. Os resultados mostraram que a saúde mental evidenciada pelo grupo clínico é inferior à generalidade da população e que a saúde mental do grupo não clínico é superior, exceto quanto à sintomatologia depressiva. Entre os dois grupos confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas que apontam para índices de ansiedade e de depressão mais elevados no grupo clínico, assim como níveis de psicopatologia superior em todas as subescalas do BSI. No que concerne aos comportamentos de risco, o consumo de álcool é mais prevalente do que o consumo de marijuana em ambos os grupos. Porém, o consumo de álcool mostrou-se mais significativo no grupo não clínico. Mas é no grupo clínico que se encontram os sujeitos com um maior número de parceiros sexuais. Foram ainda encontradas correlações de efeito médio no grupo clínico, entre ansiedade e consumo de álcool ( $r_s=0.308$ ), hostilidade e consumo de marijuana ( $r_s=0.308$ ), assim como entre hostilidade e consumo de tranquilizantes ou barbitúricos ( $r_s=0.310$ ) e, ainda, entre ansiedade e prática de atividade física ( $r_s=-0.315$ ). Do total de inquiridos, apenas 3.01% recorrem aos serviços de apoio psicológico disponibilizados pela IES, tornando premente uma aposta na divulgação dos serviços, com vista ao aumento da adesão dos jovens à terapia.

**keywords**

emerging adulthood, college students, mental health, risk behaviours, clinical group, non-clinical group.

**abstract**

The number of college students suffering from mental problems has been increasing. The same has been reported by the college psychological counseling centres that refer an increasing number and a growing severity of psychological problems in their students. The main aim of the present study is to find out whether there are differences as far as mental health and hazardous behaviour are concerned between the two groups: the clinic group, composed by people who, at the present moment, receive psychological or psychiatric support, and the non-clinic group which is composed by people who do not get any kind of support whatsoever. For that, a sample of 1031 college students, aged between 18 and 62 years old, was used. The tools applied to achieve this goal were: the *Brief Symptom Inventory (BSI)*, the *Hospital Anxiety and Depression Scale* and the *University Student Risk Behaviours Questionnaire*. The results proved that the mental health evidenced by the clinic group is inferior to that of the general population and that the mental health of the non-clinic group is superior, except for the depressive symptomatology. It was confirmed that between the two groups there were significant statistic differences supporting the fact that there are higher levels of anxiety and depression in the clinic group as well as superior levels of psychopathology in all the BSI subscales. As far as the hazardous behaviour is concerned, drinking alcoholic beverages is more common than marijuana consumption in both groups. However, alcohol consumption proved to be more prevalent within the non-clinic group. On the other hand, it is in the clinic group that we can find people with a higher number of sexual partners. It was also possible to find average effect correlations within the clinic group between anxiety and alcohol consumption ( $r_s=0.308$ ), hostility and marijuana consumption ( $r_s=0.308$ ), as well as hostility and tranquilizers or barbiturates consumption ( $r_s=0.310$ ) and also anxiety and physical activity ( $r_s=-0.315$ ). Only 3.01% of the respondents attend the college psychological support centre, which makes it mandatory to promote these services to the community so as to enhance the number of youngsters adhering therapy.

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Metodologia.....</b>	<b>7</b>
Seleção da amostra.....	7
Caracterização da amostra.....	8
Caracterização da amostra na sua globalidade.....	8
Caracterização da amostra pertencente ao grupo clínico e ao grupo não clínico.....	8
Instrumentos.....	10
Ficha de dados pessoais.....	10
<i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos</i> .....	10
<i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar</i> .....	11
<i>Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários</i> .....	12
Procedimento.....	12
Análise dos dados.....	13
<b>Resultados.....</b>	<b>13</b>
Caracterização do grupo clínico e não clínico quanto à saúde mental.....	13
Caracterização do grupo clínico e não clínico quanto aos comportamentos de risco.....	15
Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto às variáveis em estudo.....	18
Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto à saúde mental.....	18
Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto aos comportamentos de risco.....	19
Correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco.....	20
Correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco no grupo clínico.....	20
Correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco no grupo não clínico.....	20
<b>Discussão.....</b>	<b>21</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>26</b>

## Índice de tabelas

Tabela 1	Caracterização da amostra por grupos	9
Tabela 2	Características sócio-demográficas dos grupos equivalentes	13
Tabela 3	Comparação entre o grupo clínico e a população geral	14
Tabela 4	Comparação entre o grupo não clínico e a população geral	14
Tabela 5	Consumo de álcool	16
Tabela 6	Consumo de drogas	17
Tabela 7	Comportamentos sexuais de risco	17
Tabela 8	Inatividade física	18
Tabela 9	Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto à saúde mental (avaliada pelo BSI)	18
Tabela 10	Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto aos comportamentos de risco	20
Tabela 11	Correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco no grupo clínico	20
Tabela 12	Correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco no grupo não clínico	21



## Introdução

A saúde mental está na agenda da saúde pública de todo o mundo. Sabe-se hoje que as perturbações mentais afetam crianças, jovens e adultos e são responsáveis por elevados custos para as sociedades pelo sofrimento e incapacidade individual, disfunção familiar e diminuição da produtividade no trabalho que originam. Estas culminam em situações clínicas que levam a maiores índices de utilização de serviços e de consumo de medicamentos, mas a este impacto importa ainda somar o que resulta dos problemas ligados ao abuso de álcool e drogas, ou mesmo aos comportamentos sexuais (Campos, 2007).

No Ensino Superior (ES), o número de jovens estudantes com perturbações mentais tem vindo a aumentar progressivamente (Andrews & Wilding, 2004; Castillo & Schwartz, 2013; Eisenberg, Gollust, Golberstein, & Hefner, 2007; Fisher & Hood, 1987). A par deste facto, vários centros de aconselhamento existentes nas Instituições de Ensino Superior (IES) têm relatado não só um aumento da prevalência, mas também da severidade dos problemas psicológicos evidenciados pelos alunos que procuram ajuda (Gallagher, Gill, & Sysco, 2000; Hunt & Eisenberg, 2010; Zivin, Eisenberg, Gollust, & Golberstein, 2009). De acordo com a literatura consultada, de entre os vários fatores que contribuem para explicar este fenómeno estão, por exemplo, os desafios inerentes às necessárias adaptações decorrentes do ingresso no ES (Seco, Casimiro, Pereira, Dias, & Custódio, 2005) ou o facto de determinadas perturbações - como a depressão, esquizofrenia ou a perturbação bipolar - se iniciarem no final da adolescência ou no início da idade adulta (Santos, Pereira, & Veiga, 2010). Importa a propósito clarificar que a idade adulta emergente é um conceito recente na literatura. Caracteriza-se pelo período do ciclo vital que corresponde à passagem da adolescência para a idade adulta (Andrade, 2010), sensivelmente entre os 18 e os 25 (Arnett, 2005, 2007; Prendergrast, 1994) ou os 29 anos de idade (Mendonça, Andrade, & Fontaine, 2009), altura em que ocorrem mudanças a nível social e emocional (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007). Com o prolongamento dos estudos, muito devido às crescentes dificuldades de inserção no mercado de trabalho, o processo de emancipação residencial, ou seja, a saída de casa do agregado familiar tende a ser adiada, assim como a entrada na parentalidade. Todos estes fatores ou mudanças sociais atuais dão novos contornos à transição para a idade adulta. Novos desafios e novos papéis têm sido colocados aos jovens, originando assim uma nova conceptualização de adulto - o adulto em transição, ou o adulto emergente (Andrade, 2010). Perante uma situação de transição, o sujeito deverá desenvolver uma série de respostas adaptativas para fazer face às mudanças (Dias, 1996). Estas respostas vão depender da situação em que ocorre a transição, das características individuais, do suporte social e das estratégias de *coping* adotadas (Tavares et al., 2007). No entanto “nem todos os jovens se apresentam com maturidade psicossocial e preparação académica, ou se mostram capazes de assumir responsabilidades, de desenvolver autonomia, de confrontar-se com situações de *stress*, de gerir o tempo e os recursos, de desenvolver interações sociais ajustadas ou de atingir níveis adequados de autodisciplina, competências essenciais para uma adaptação académica bem conseguida” (Chaves et al., 2010, p.210). Sendo a qualidade da adaptação do jovem adulto um fator preponderante para a saúde mental (Costa & Leal, 2008), e apesar de diversos estudos apontarem para um deterioramento desta nos estudantes do ES (Zivin et al., 2009; Hunt & Eisenberg, 2010; Macaskill, 2012), torna-se evidente que o

*campus* é um contexto privilegiado para o estudo da saúde mental nesta população (Adewuya, Ola, & Afolabi, 2006).

São inúmeros os estudos que argumentam que o ingresso no ES é um marco desenvolvimental superado com sucesso por muitos estudantes. No entanto, para os menos resilientes, é nesta fase que podem surgir psicopatologias (Santos et al., 2010) ou eventuais dificuldades psicológicas preexistentes serem exacerbadas (Ahern & Norris, 2011). Nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente metade dos jovens adultos sofre de pelo menos uma perturbação mental (Blanco et al., 2008), que parece iniciar-se por volta dos 14 anos (Kessler et al., 2005). No entanto, é por volta dos 24 que essas perturbações apresentam maior expressividade (Kessler et al., 2005). Neste contexto, importa, em primeiro lugar, destacar a depressão enquanto problema de saúde pública extremamente preocupante (Marcus, Yasamy, Ommeren, & Chisholm, 2012) e um dos mais comuns entre os estudantes do ES (Garlow et al., 2008; Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2012) que não tem recebido a devida atenção (Vázquez, Otero, & Díaz, 2012). A depressão tem início numa idade relativamente precoce (WHO, 2009) e afeta principalmente as mulheres (Noorden et al., 2010). Atualmente estima-se que a depressão afete 350 milhões de pessoas em todo o mundo. Um inquérito levado a cabo pelo *World Mental Health Survey* em 17 países revelou que 1 em cada 20 indivíduos relataram ter tido um episódio de depressão no ano anterior (Marcus et al., 2012). Em Portugal, segundo os dados obtidos pelo *European Brain Council Report*, é possível estimar que 16.07% da população adulta, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, tem uma perturbação mental. Por sua vez, 5.09% da população nacional sofre de perturbações do humor, 9.46% de perturbações de ansiedade e 0.52% de perturbações psicóticas (WHO, 2009). A taxa de suicídio em Portugal revelou-se a mais baixa em toda a Europa, contudo os valores duplicaram entre 1998 e 2003, sendo mais elevada em homens com mais de 75 anos (WHO, 2009). Tal como na população em geral, a população estudantil contém subgrupos que revelam uma maior prevalência de problemas de saúde mental. Por exemplo, estudantes do sexo masculino, não licenciados, revelam uma tendência maior para o suicídio (Silverman, Meyer, Sloane, Raffel, & Pratt, 1997; Toprak, Cetin, Guven, Can, & Demircan, 2011), enquanto as jovens alunas têm uma maior probabilidade de sofrer de uma perturbação depressiva major (Eisenberg et al., 2007; Wingo, Kalkut, Tuminello, Asconape, & Han, 2013; You, Merritt, & Conner, 2009) e de perturbações de ansiedade (Eisenberg et al., 2007). No entanto, a taxa de suicídio para o sexo feminino, quando comparada com a da restante população, apresenta níveis mais baixos nos primeiros dois anos do curso. Após esse período, a taxa ultrapassa o limite da população normal (Silverman et al., 1997). Segundo Field, Diego, Pelaez, Deeds e Delgado (2011), a depressão em estudantes universitários está estritamente relacionada com a solidão, sendo estes sentimentos mais comuns em sujeitos do género feminino. Num outro estudo que procurou comparar a saúde mental de estudantes do sexo feminino com a população normal do mesmo sexo, utilizando para tal o SCL-90-R, concluiu-se que as estudantes experienciam um nível de *distress* muito superior às outras mulheres (Vázquez et al., 2012). Concomitantemente, alunos de estratos sócio-económicos mais baixos (Eisenberg et al., 2007), provenientes de meios rurais (Blanco et al., 2008), com pouco apoio social ou com relações stressantes (Hunt & Eisenberg, 2010), revelam também uma maior predisposição para desenvolver psicopatologias.

Um estudo longitudinal, conduzido entre 1980 e 2005, que procurou avaliar a prevalência da depressão, ansiedade e outros indicadores de *distress* psicológico em estudantes, encontrou níveis elevados de

sintomatologia depressiva semelhantes aos observados na população geral (Dyrbye, Thomas, & Shanafelt, 2006). Contudo, num estudo sobre a prevalência da depressão também em estudantes, levado a cabo por Sidana e colaboradores (2012), obtiveram-se dados de prevalência de depressão mais elevados do que na população geral. Os resultados da investigação sobre a prevalência da depressão entre vários países da América do Norte, América Latina, Europa e Ásia, usando o *Composite International Diagnostic Interview*, demonstraram que a média de prevalência da depressão na população em geral era consideravelmente inferior (9.8%) à encontrada em populações estudantis (Andrade et al., 2003). Em todo o caso, segundo Santos e colaboradores (2010), a saúde mental dos estudantes não parece ser um fiel retrato da população geral, uma vez que há dados que indicam que esta é pior, assim como os níveis de bem-estar, que se revelam inferiores aos da população geral. A tendência para o aumento da prevalência da depressão em estudantes do ES, que tem sido sugerida por alguns investigadores, foi, no entanto, negada por Ibrahim e colaboradores (2012), pois segundo os autores, as diferenças evidenciadas podem ser explicadas pela utilização de diferentes instrumentos, diferentes métodos de estudo e diferenças culturais da população estudada.

Segundo os dados obtidos pelo *National Survey of Counseling Center Directors* (2010, 2013), os estudantes do ES apresentam atualmente pior saúde mental do que há alguns anos atrás. No seu relatório mais recente, está patente um aumento substancial de casos de alunos com problemas psicológicos severos (82%), situações de crise que requerem uma resposta imediata (80%), questões relacionadas com a medicação (73%), dificuldades de aprendizagem (61%), uso de drogas ilícitas (52%), automutilações (48%), agressões sexuais no *campus* (40%), abuso de álcool (34%), perturbações alimentares (34%) e preocupações com o futuro profissional (30%) (Gallagher, 2013). Na tentativa de explicar o agravamento da saúde mental dos jovens adultos que frequentam o ES, alguns autores referem também que os jovens com perturbações mentais diagnosticadas, através do auxílio da medicação conseguem prosseguir com os seus estudos, fator que não era possível no passado (Gallagher et al., 2000). Contrariamente a estas conclusões, um estudo que reuniu autorrelatos de pacientes e avaliações de psicólogos entre 1999 e 2005, concluiu que não existiam aumentos significativos na severidade da psicopatologia na população académica (Kettmann et al., 2007). Foram também encontrados resultados congruentes com o estudo de Kettmann e colaboradores (2007), numa investigação conduzida por Schwartz (2006) ao longo de 10 anos consecutivos. Num estudo levado a cabo por Fisher e Hood (1987), os autores relataram observar nos jovens aumentos significativos no sofrimento psicológico, traduzidos em sintomatologia ansiogena, depressiva, obsessiva e somática, no período de dois meses antes de ingressarem no ES e seis semanas depois de permanecerem no curso. Resultados de outra investigação mostraram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sofrimento e ao bem-estar psicológico, apresentado em estudantes universitários e em estudantes pré-universitários, onde o bem-estar foi substituído pelo sofrimento assim que os jovens ingressaram no ES. Os níveis mais altos de sofrimento evidenciaram-se durante o primeiro semestre e reduziram significativamente a partir do segundo. Esta redução esteve patente e foi progressiva entre o 1º e 3º anos de curso (Bewick, Koutsopoulou, Miles, Slaa, & Barkham, 2010).

De uma maneira geral, muita da investigação que tem vindo a ser desenvolvida aponta para uma elevada prevalência de problemas de saúde mental nos estudantes do ES. No entanto, Blanco e colaboradores (2008) afirmam que esta prevalência é semelhante à de jovens da mesma idade não universitários, pois cerca de

metade dos estudantes e não estudantes preencheram os critérios de diagnóstico do DSM-IV para pelo menos uma perturbação mental. As perturbações mais comuns em contexto universitário são as perturbações de personalidade e perturbações relacionadas com o consumo de álcool, enquanto no caso dos jovens que não frequentam o ES são as perturbações relacionadas com a dependência de nicotina e, à semelhança dos seus pares estudantes, são as perturbações de personalidade que mais se verificam. Estes dados são consistentes com outros estudos que indicam que as perturbações pelo consumo de álcool são mais frequentes nos estudantes (Barnett & Read, 2005; O'Malley & Johnston, 2002) e que o consumo de tabaco tem maior incidência entre os não estudantes (Green et al., 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009), embora o consumo de etanol esteja a decrescer na população portuguesa (17.1% em 1985; 14.6% em 1995; 13% em 2000 e 9.38% em 2003), Portugal é o país do mundo com uma maior ingestão desta substância *per capita*. Quanto à população académica, num estudo realizado em Portugal, suportado no Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (QCREU; Santos, Pereira, & Veiga, 2009), 17.3% dos estudantes afirmaram nunca ter consumido álcool nos últimos 30 dias, mas cerca de 11% admitiram ter consumido pelo menos quatro (ou mais) bebidas alcoólicas por semana, sendo a percentagem mais elevada no sexo masculino. A cerveja é a bebida mais consumida entre os estudantes (54.2%). Embora a grande maioria dos alunos consuma bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por mês, 56.9% não possuem episódios de *binge drinking*. No entanto, 10.3% são *binge drinkers* frequentes (Santos, Veiga, & Pereira, 2009). Os resultados de um estudo levado a cabo por Cranford, Eisenberg e Serras (2009) revelou que estudantes não licenciados apresentavam taxas de *binge drinking* bastante mais elevadas que estudantes já licenciados. Um consumo moderado de álcool por parte dos jovens adultos parece relacionar-se com motivos sociais (Kuntsche, Knibbe, Gmel, & Engels, 2005), sendo que muitos consomem com vista à desinibição social (Colby, Colby, & Raymond, 2009; Leeman, Toll, Taylor, & Volpicelli, 2009). O consumo de álcool está ainda relacionado com o consumo de drogas ilícitas (Midanik, Tam, & Weisner, 2007; Taylor, 2006), onde, inclusive, estudantes que possuam amigos, colegas, ou parceiros românticos que consumam álcool ou drogas (e.g. marijuana) de forma regular estão mais propensos a adotar o mesmo tipo de comportamentos (Taylor, 2006). De entre os comportamentos de risco mais comumente relacionados com o consumo de álcool é possível salientar, ainda, a violência (e.g. lutas, ferimentos graves, crimes, violência no namoro) (Braithwaite, Delevi, & Fincham, 2010; Simons, Christopher, & McLaury, 2004; Wechsler et al., 2002), a ideação suicida (Keyes et al., 2012), bem como comportamentos sexuais de risco (Lomba et al., 2008; Pedrelli et al., 2010).

No que diz respeito ao abuso de drogas, em Portugal, a marijuana é a substância mais consumida (WHO, 2009) e o seu uso frequente está associado a indivíduos com níveis de psicopatologia e de *distress* psicossociais mais elevados que os não consumidores (Brodbeck, Matter, Page, & Moggi, 2007). De salientar que o consumo de marijuana está associado ao consumo de outras drogas ilícitas (Fergusson, Horwood, & Swain-Campbell, 2002), sendo muitas vezes a “porta de entrada” para o mundo das drogas (APA, 2002). Na população estudantil é, em média, aos 14 anos que os jovens começam a consumir droga e cerca de 12% consome-a para o resto da vida (WHO, 2009), sendo a marijuana, também neste subgrupo, a mais requerida (Calado, 2011; Nicholi, 1983; WHO, 2009). Foram ainda encontradas taxas de consumo de marijuana significativamente mais elevadas em estudantes não licenciados comparativamente com estudantes

licenciados (Cranford et al., 2009) e determinados traços de personalidade, tais como elevados níveis de psicoticismo, constituem fatores de risco para o consumo de drogas (Dennhardt & Murphy, 2013). O consumo de drogas ilícitas pelos estudantes está associado a determinadas consequências negativas, tais como problemas neuropsicológicos, depressão, comportamentos sexuais de risco, problemas legais e de saúde, vivência de acontecimentos de vida negativos e dificuldades acadêmicas (Dennhardt & Murphy, 2013). É sabido que o consumo frequente de marijuana se reflete no desempenho acadêmico (Ashton, 2001; Buckner, Ecker, & Cohen, 2010), provocando dificuldades de concentração (Ashton, 2001) e perdas de memória a curto prazo (Nicholi, 1983), fomentando o absentismo às aulas (Arria et al., 2013) e aumentando, por isso, as dificuldades em terminar o curso (Arria et al., 2013; Hunt, Eisenberg, & Kilbourne, 2010). De referir que o consumo frequente desta substância está, ainda, relacionado com o consumo de álcool, pois consumidores frequentes desta substância possuem normalmente um padrão de ingestão de álcool que varia entre 2 a 3 vezes por semana (Buckner et al., 2010). Estudantes do ES que consumam grandes quantidades de álcool são mais suscetíveis de vir a consumir, não só marijuana, mas também estimulantes e cocaína, comparativamente com os jovens que ingerem pequenas quantidades de álcool (O'Grady, Arria, Fitzelle, & Wish, 2008). De salientar que 38% dos estudantes do ES já consumiram estimulantes para estudar pelo menos uma vez (Arria et al., 2013) e que o consumo de álcool é consideravelmente mais prevalente que o consumo de marijuana na população estudantil (Nicholi, 1983). Com efeito, um estudo revelou que 90% dos alunos tinham consumido álcool no ano transato e 2 em cada 5 estudantes tinha-se envolvido em abuso de substâncias (Prendergrast, 1994), sendo a taxa de consumo destas substâncias mais elevada no género masculino (Cranford et al., 2009).

No que concerne aos comportamentos de risco, um estudo realizado em estudantes universitários portugueses revelou que comportamentos sexuais de risco são evidentes entre os jovens, uma vez que estes têm relações sexuais após o consumo de álcool ou drogas e um terço dos alunos tem a sua primeira experiência sexual sob o efeito de drogas (Calado, 2011). Numa amostra de 4168 alunos de um Instituto Superior Politécnico em Portugal, 76% já tiveram relações sexuais. Destes, 40.8% tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool e 8.1% sob o efeito de drogas (Ribeiro & Fernandes, 2009). Adicionalmente, e com o intuito de caracterizar o consumo de substâncias psicoativas e os comportamentos sexuais de risco dos jovens que frequentam locais recreativos noturnos em Coimbra, constatou-se que as substâncias mais consumidas são o álcool (95.10%) e a marijuana (65.73%). Nesse mesmo estudo, o número médio de parceiros sexuais foi de 2.66 e verificou-se que 64.52% tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool e 29.84% sob o efeito de drogas. Dos alunos sexualmente ativos, 14,69% tiveram relações sexuais sob o efeito destas substâncias, tendo-se arrependido posteriormente e apenas 26.61% fizeram o rastreio para as doenças sexualmente transmissíveis (Lomba et al., 2008). De facto, os estudantes do ES são uma população de elevado risco no que concerne às doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que metade dos novos casos que surgem de VIH/SIDA ocorrem em indivíduos de 24 anos ou ainda mais novos e cerca de um terço dos jovens portadores da doença, não sabe que está infetado, pois ainda não realizou o teste (Futterman, 2005). Segundo este autor, as estatísticas apontam para que o sexo feminino seja mais suscetível a contrair a doença, pois 60% das novas infeções pelo vírus ocorrem em mulheres jovens. Alguns autores apontam para que o início da vida sexual dos jovens comece em média aos 17.5 anos de idade (Ribeiro & Fernandes, 2009), o que coincide

habitualmente com a entrada no ES. Segundo Pedrelli e colaboradores (2010) o consumo abusivo e recorrente de álcool aumenta o risco de práticas sexuais compulsivas cinco vezes mais nos estudantes do sexo masculino e seis vezes mais no sexo feminino. O consumo de álcool está também relacionado com a prática de relações sexuais com estranhos (Bersamin, Paschall, Saltz, & Zamboanga, 2012) e diversos estudos apontam para uma associação positiva entre o consumo de álcool e o aumento de relações sexuais (Lomba et al., 2008; Scott-Sheldon, Carey, & Carey, 2010), casuais (Miller, 2012). Os comportamentos sexuais de risco, tais como relações sexuais casuais e um elevado número de parceiros sexuais, estão associados a consequências negativas: fraca saúde mental, transmissão de doenças sexuais e gravidez indesejada (Bersamin et al., 2012; Braithwaite et al., 2010). A seleção de parceiros especialmente entre estudantes do ES, solteiros e sexualmente ativos, aliado ao uso de substâncias e determinados comportamentos de risco, tem como consequências uma fraca saúde física e mental (Braithwaite et al., 2010).

Paralelamente, identificam-se estudos que se focam nos benefícios que a atividade física tem na saúde mental (Bostani & Saiiri, 2011; Hawker, 2012; Park et al., 2011), assim como na importância que esta adquire na prevenção de comportamentos de risco, tais como o consumo de bebidas alcoólicas (Park et al., 2011), e consequentemente na prevenção de perturbações mentais (Tyson, Wilson, Crone, Brailsford, & Laws, 2010). Estudantes que sejam inativos fisicamente estão sujeitos a um aumento do risco de vir a sofrer de problemas mentais e de doenças físicas (Nguyen-Michel, Unger, Hamilton, & Spruijt-Metz, 2006). Tendencialmente os adolescentes vão diminuindo a sua atividade física à medida que vão entrando na idade adulta (Gordon-Larsen, Nelson, & Popkin, 2004), porém, existem declínios de atividade física mais acentuados quando os jovens ingressam no ES (Kwan, Cairney, Faulkner, & Pullenayegum, 2012). Estudantes que praticam mais atividade física evidenciam, por sua vez, níveis de ansiedade e de depressão mais baixos, comparativamente com estudantes que praticam menos atividade física (Tyson et al., 2010). Os resultados levados a cabo por Park e colaboradores (2011) demonstram uma associação negativa entre atividade física e perturbações depressivas e de ansiedade. Contudo, estes autores verificaram que elevados níveis de atividade física estão associados ao abuso de álcool, sendo estes dados corroborados por outra investigação conduzida por Musselman e Rutledge (2010). Por outro lado, níveis moderados de atividade física parecem atuar como fatores preventivos na dependência do álcool (Park et al., 2011).

De facto, os problemas de saúde mental e os comportamentos de risco parecem relacionar-se entre si (Braithwaite et al., 2010; Santos, 2011). O consumo excessivo de álcool está frequentemente associado a graves consequências (Lewis et al., 2010; Read, Beattie, Chamberlain, & Merrill, 2008; Wechsler et al., 2002), como sejam os problemas de saúde mental (e.g. ansiedade e depressão) (Midanik et al., 2007; Tomlinson, Cummins, & Brown, 2013), mas também a outros comportamentos de risco (Pedrelli et al., 2010). No sexo masculino a depressão está diretamente associada ao *binge drinking* (Pedersen, 2013) e na grande maioria dos casos, o consumo de marijuana está associado a um agravamento na saúde mental, mais especificamente em questões relacionadas com a ansiedade, depressão, hostilidade, sensibilidade interpessoal, paranoia e psicoticismo, em ambos os géneros (Buckner et al., 2010). Os comportamentos sexuais de risco e a inatividade física são também comportamentos com uma evidente influência na saúde mental dos estudantes (Bersamin et al., 2012; Nguyen-Michel et al., 2006). No entanto, os comportamentos



de risco mais perigosos têm maior incidência no género masculino do que no género feminino (Pedrelli et al., 2010).

Embora a maioria dos estudantes com perturbações mentais esteja consciente da necessidade de tratamento, grande parte destes não chega sequer a recebê-lo (Zivin, et al., 2009). Estudos epidemiológicos sobre a saúde mental em Portugal indicam que apenas 1.7% da população procura ajuda nos serviços de saúde, contrariamente ao esperado (5-8%) (WHO, 2009). No entanto, segundo alguns autores, houve um aumento da tendência, manifestada pelos estudantes, para procurar ajuda (Hunt & Eisenberg, 2010). Outros defendem ser possível que o aumento da severidade e prevalência da psicopatologia evidenciada pela população estudantil seja explicada por uma mudança de mentalidade associada à diminuição do estigma perante o apoio psicológico o que, por sua vez, não só impulsionou a procura de ajuda, como facilitou o modo de expor as suas dificuldades (Erdur-Baker, Aberson, Barrow, & Drapper, 2006). De salientar que a grande maioria dos estudantes com depressão severa ou ideação suicida, não recebe qualquer tipo de tratamento psiquiátrico (Garlow et al., 2008) e as perturbações mentais que não são tratadas trazem grandes implicações no sucesso académico dos jovens, na sua produtividade, no consumo de substâncias, nas relações sociais e no seu futuro profissional (Hunt & Eisenberg, 2010; Ibrahim et al., 2012).

Com base na literatura revista, este estudo propõe-se averiguar se existem diferenças entre o grupo clínico (amostra de estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra que recebe apoio psicológico e/ou psiquiátrico no presente) e não clínico (amostra que não recebe qualquer tipo de apoio no presente) no que diz respeito à saúde mental e aos comportamentos de risco. De uma forma mais específica, o presente trabalho apresenta os seguintes objetivos basilares:

1. caracterizar o grupo clínico e não clínico dos estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra quanto à saúde mental;
2. caracterizar o grupo clínico e não clínico dos estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra quanto aos comportamentos de risco;
3. comparar o grupo clínico e não clínico quanto às variáveis em estudo (saúde mental e comportamentos de risco);
4. verificar se existem correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco.

## **Metodologia**

### **Seleção da amostra**

De acordo com os objetivos e delineamento apresentados, a seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios: a) participar voluntariamente no estudo; b) frequentar o Instituto Politécnico de Coimbra (IPC). De salientar que os alunos que frequentam o ano 0 do IPC não foram considerados nesta amostra. A amostra foi dividida em dois grupos: o primeiro referente ao grupo não clínico, ou seja, aquele constituído por sujeitos que atualmente não recebem apoio psicológico ou psiquiátrico; e o segundo, o grupo clínico, composto por sujeitos que recebem atualmente apoio psicológico e/ou psiquiátrico. Obteve-se um total de 1636 respondentes, 23 obtidos através de um questionário presencial e 1613 a partir de um questionário colocado numa plataforma online. Destes últimos, 593 não foram considerados, pois não completaram todas as respostas e 12 não aceitaram participar no estudo.

## **Caracterização da amostra**

**Caracterização da amostra na sua globalidade.** A amostra é constituída por 1031 estudantes do ES do IPC, 292 (28%) do género masculino e 739 (72%) do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 62 anos ( $M=24.13$  e  $dp=7.128$ ). Destes, 993 (96.3%) são de nacionalidade Portuguesa e 38 (3.7%) de outras nacionalidades, entre as quais é possível destacar as seguintes: Espanhola; Cabo Verdiana, Brasileira, Santomense, Angolana, Francesa, Inglesa, Luxemburguesa, Moçambicana, Russa, Venezuelana e Canadiana. No que diz respeito ao estado civil, 900 (87.3%) participantes são solteiros; 87 (8.4%) são casados; 20 (1.9%) divorciados e, 24 (2.3%) encontram-se em união de facto. Dos 1031 participantes, 213 (20.7%) frequentam o Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra (ISCAC); 38 (3.7%) a Escola Superior Agrária de Coimbra (ESAC); 331 (32.1%) a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC); 140 (13.6%) o Instituto Superior de Engenharia de Coimbra (ISEC); 270 (26.2%) a Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC) e 39 (3.8%) a Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Oliveira do Hospital (ESTGOH). Relativamente aos cursos, é possível reportar que 331 (32.1%) alunos são da área da saúde; 270 (26.2%) da área da Educação das Ciências Sociais Aplicadas e das Artes; 252 (24.4%) de Contabilidade, Administração, Gestão e Marketing; 140 (13.6%) de Engenharias e, 38 (3.7%) de Tecnologias, Ciências e Engenharias Agrárias. No que concerne ao grau académico, é possível verificar que do total de participantes, 770 (74.7%) frequentam cursos de licenciatura, 171 (16.6%) de mestrado e 90 (8.7%) pós-graduações. De salientar que dos 770 alunos que frequentam licenciaturas, 701 (68%) estão nos três primeiros anos curriculares, mais especificamente, 247 (24%) são alunos no 1º ano, 219 (21.2%) do 2º, 235 (22.8%) do 3º, sendo o último ano da licenciatura pouco expressivo (69 alunos, ou seja, 6.7%). Importa destacar que 610 (59.2%) alunos encontram-se deslocados do seu agregado familiar para estudar e 421 (40.8%) residem com a sua família. Quanto à toma de medicação, 878 (85.2%) alunos não tomam qualquer tipo de medicamentos e, em menor escala, 153 (14.8%) tomam medicação regularmente. Dos 1008 estudantes que responderam ao questionário online, foi possível integrar 50 (5%) sujeitos no grupo clínico e 958 (95%) no grupo não clínico. A partir do questionário presencial, obtiveram-se 23 sujeitos que foram incluídos no grupo clínico. Ao todo, 93% dos respondentes, correspondente a 958 alunos, integram o grupo não clínico e 7%, correspondente a 73 estudantes, integram o grupo clínico.

**Caracterização da amostra pertencente ao grupo clínico e ao grupo não clínico.** As características sócio-demográficas de cada grupo estão descritas na Tabela 1.



**Tabela 1.** Caracterização da amostra por grupos

Características		Grupo clínico (N=73)		Grupo não clínico (N=958)	
<b>Idade</b>	Média	25.42		24.03	
	<i>dp</i>	7.226		7.115	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>	Feminino	53	73	686	71.8
	Masculino	20	27	272	28.4
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	68	93.2	925	96.6
	Outra	5	6.8	33	3.4
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)	61	83.6	839	87.6
	Casado(a)	6	8.2	81	8.5
	Divorciado(a)	5	6.8	15	1.6
	União de Facto	1	1.4	23	2.4
<b>Escola/Instituto</b>	ISCAC	22	30.1	191	19.9
	ESAC	5	6.8	33	3.4
	ESTeSC	15	20.5	316	33
	ISEC	15	20.5	125	13
	ESEC	14	19.2	256	26.7
	ESTGOH	2	2.7	37	3.9
<b>Curso</b>	Engenharias	15	20.5	125	13
	Cont. Admn. Gest. Mark.	24	32.9	228	23.8
	Saúde	15	20.5	316	33
	Educação	14	19.2	256	26.7
	Tecn. C. Eng. Agrárias	5	6.8	33	3.4
<b>Grau académico</b>	Licenciatura	56	76.6	714	74.5
	Mestrado	13	17.8	158	16.5
	Pós-graduação	4	5.5	86	9
<b>Deslocado</b>	Sim	39	53.4	571	59.6
	Não	34	46.6	387	40.4
<b>Toma de medicação</b>	Sim	44	60.3	109	11.4
	Não	29	39.7	849	88.6

Importa referir que dos elementos pertencentes ao grupo clínico, 61 (83.6%) alunos recebem acompanhamento psicológico. Dos que recebem esse apoio, 13 (17.8%) são acompanhados no Gabinete de Psicologia dos Serviços de Ação Social do IPC - SASIPC; 15 (20.5%) no Gabinete de Psicologia do ISEC; 24 (32.9%) em serviços particulares e 9 (12.3%) em outros locais, tais como o Gabinete de Apoio ao Aluno da ESEC, a Maternidade Bissaya Barreto e os Serviços de Psicologia do Sobral Cid. De salientar que 31 (50.8%) dos 61 alunos que recebem apoio psicológico, aproveitam os serviços disponibilizados pelo IPC. Por sua vez, ao nível do acompanhamento psiquiátrico, 24 (32.9%) estudantes recebem acompanhamento em hospitais públicos, de entre os quais é possível salientar o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC e o Hospital Psiquiátrico Sobral Cid e algumas clínicas privadas. Os estudantes que recebem em simultâneo estes dois tipos de acompanhamento, perfazem um total de 12 (16.4%) indivíduos. De referir ainda que 50 (68.5%) alunos sujeitos atualmente a acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, já o receberam no passado e 23 (31.5%) recebem-no pela primeira vez.

Dos alunos que tomam regularmente medicação, 42 (57.5%) tomam-na para doenças do foro psíquico e 2 (2.7%) para doenças físicas (Diabetes e Enxaquecas). De uma forma mais específica, 14 (19.2%) tomam medicação para questões relacionadas com perturbações de ansiedade e ataques de pânico; 16 (21.9%) para a depressão; 6 (8.2%) para a ansiedade e depressão; 2 (2.7%) para a depressão relacionada com doença física;

2 (2.7%) para a depressão relacionada com dificuldades em dormir; 1 (1.4%) para a perturbação obsessivo-compulsiva e 1 (1.4%) para a esquizofrenia e psicose. Verifica-se que 40 (54.8%) alunos tomam medicação somente para questões relacionadas com a ansiedade e depressão.

Quanto ao grupo não clínico, 745 (77.8%) estudantes nunca receberam qualquer tipo de apoio e 213 (22.2%) já receberam apoio psicológico e/ou psiquiátrico no passado. No que concerne aos alunos que tomam medicação regularmente, 29 (3.03%) tomam para doenças do foro psíquico, nomeadamente 11 (1.15%) para questões relacionadas com a ansiedade, 7 (0.73%) para a depressão, 4 (0.42%) para a ansiedade e depressão e 7 (0.73%) para perturbações do sono/dificuldades em dormir. Neste grupo, 22 (2.3%) alunos tomam medicação somente para questões relacionadas com a ansiedade e depressão. Por sua vez, 59 (6.2%) alunos tomam medicação para questões relacionadas doenças físicas, mais especificamente asma, doenças coronárias, doenças inflamatórias do aparelho digestivo, epilepsia, hipertensão, hipotiroidismo, anemias, patologias ósseas, entre outras. Por último, 21 (2.2%) estudantes tomam medicação contraceptiva.

### **Instrumentos**

**Ficha de dados pessoais.** A ficha de dados pessoais integrou questões visando a recolha de dados sócio-demográficos dos participantes, nomeadamente o género, a idade, estado civil, escola/instituto do IPC pertencente, curso, ciclo e ano de frequência, número de matrículas e eventual saída de casa do agregado familiar para estudar. Esta ficha permitiu também identificar os alunos que recebem ou receberam apoio psicológico e/ou psiquiátrico, os locais onde o fazem/fizeram e, ainda, indicações sobre a toma e fins da medicação. A estrutura da ficha de dados pessoais, dirigida a toda a população do IPC, (cf. Anexo 1) é semelhante à da ficha aplicada nos Gabinetes de Psicologia do SASIPC e do ISEC (cf. Anexo 2) para permitir a comparabilidade dos dados. No entanto, na primeira foram incluídas questões com o intuito de identificar eventuais elementos a incluir no grupo clínico.

**Inventário de Sintomas Psicopatológicos.** O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) é a adaptação portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI) de Leonard Derogatis (1982). Este instrumento avalia sintomas psicopatológicos enquadrados em nove dimensões de sintomatologia - somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo - que se destinam a avaliar a saúde mental, e em três índices globais - Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP)- entendendo-se por índices globais as avaliações sumárias de perturbação emocional que representam aspetos diferentes de psicopatologia (Derogatis & Melisaratos, 1983). O BSI é um instrumento constituído por 53 itens de autorresposta onde cada sujeito deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala de resposta tipo *likert* de 5 pontos que vai desde 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) (Mohammadkhani, Dobson, Amiri, & Ghafari, 2010).

Estudos psicométricos realizados na versão Portuguesa do inventário revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove dimensões avaliadas (com valores de alpha de Cronbach que variam entre 0.80 para a somatização e 0.62 para o psicoticismo), assim como resultados que apontam para uma boa validade do instrumento, com base na matriz de correlações de Spearman entre as notas das nove dimensões de sintomatologia e das três notas globais (com  $p < 0.001$ ). A validade discriminativa do BSI, ou seja, a capacidade para diferenciar os sujeitos perturbados emocionalmente

daqueles que não apresentam perturbações emocionais, foi também confirmada através duma análise de função discriminante, tendo-se revelado estatisticamente significativa na sua globalidade (Canavarro, 2007). Com uma nota no ISP do BSI superior ou igual a 1.7 é provável encontrar sujeitos perturbados emocionalmente e abaixo desse valor indivíduos da população normal (Canavarro, 2007). Por esse motivo, este estudo utilizará o mesmo ponto de corte. Importa, ainda, acrescentar que estudos de teste-reteste vieram comprovar que o BSI possui uma boa estabilidade temporal (com correlações de Pearson que variam 0.63 para a ideiação paranoide e 0.81 para a depressão) (Canavarro, 2007).

**Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.** A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH; Pais-Ribeiro et al., 2007) consiste na versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). Este instrumento surgiu com o objetivo de auxiliar o clínico no reconhecimento de componentes emocionais, nomeadamente da ansiedade e depressão, consequentes de um estado de doença física em contexto hospitalar. A HADS mostrou-se bastante útil na avaliação de mudanças no estado emocional dos pacientes já que avalia o estado emocional do sujeito no presente, ou seja, coloca a ênfase na sua condição recente (sendo o intervalo temporal a última semana) (Pais-Ribeiro et al., 2007). Apesar do termo “*hospital*” constar no título, diversas investigações demonstraram que o instrumento é válido nos cuidados de saúde primários, em ambientes comunitários e é bastante utilizado na psiquiatria e em psicologia clínica (Pais-Ribeiro et al., 2007). Diversos autores afirmam que a HADS continua a ser um dos instrumentos mais utilizados e úteis em diferentes contextos e condições (e.g. pacientes com epilepsia, indivíduos com problemas auditivos, pacientes psiquiátricos, pacientes em cuidados de saúde primários, população geral, amostras não clínicas) (Cramer, Brandenburg, & Xu, 2005; Zoger, Svedlund, & Holgers, 2004; Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002; Crawford, Henry, Crombie & Taylor, 2001). Este instrumento é composto por duas escalas, uma relativa à avaliação da ansiedade e outra relativa à depressão. Ambas possuem sete itens e são cotadas separadamente. Cada item possui uma categoria de resposta de 4 pontos (0-3), por forma a que as pontuações tanto para a ansiedade como para a depressão variem entre 0-21. O manual da HADS indica que uma pontuação entre 0 e 7 é considerada “normal”, entre 8 e 10 “ligeira”, entre 11 e 14 “moderada” e entre 15 e 21 “severa” (Pais-Ribeiro et al., 2007).

No que concerne à consistência interna do instrumento, os resultados são satisfatórios para ambas as subescalas. Os alfas de Cronbach das versões Inglesa e Alemã são respetivamente, de 0.80 e 0.93 para a subescala da ansiedade e 0.81 e 0.90 para a subescala da depressão (Herrmann, 1997). Relativamente à versão portuguesa da HADS foram também observados valores abonatórios para a sua consistência interna, onde o alfa de Cronbach para a subescala da ansiedade foi de 0.76 e para a subescala da depressão de 0.81 (Pais-Ribeiro et al., 2007). Mais ainda, Bjelland e colaboradores (2002) comprovaram a validade da HADS, apresentando uma classificação que varia entre “boa” e “muito boa”. Estudos de teste-reteste vieram comprovar que a HADS destina-se a avaliar o estado de ansiedade, ao invés do traço como seria esperado. Até ao limite temporal de duas semanas, é verificada uma elevada correlação ( $r > 0.80$ ), diminuindo em intervalos de tempo maiores (Herrmann, 1997).

Este estudo irá utilizar o ponto de corte de valor 11 à semelhança do que foi utilizado na validação do instrumento para a população portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007).

**Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários.** O Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (QCREU; Santos, 2011) foi um instrumento concebido com o intuito de possibilitar a realização de um levantamento dos comportamentos de risco mais comuns entre os estudantes universitários (Santos et al., 2009). O instrumento é composto por 24 itens, e estes distribuem-se em 6 categorias de comportamentos: 1) uso de tabaco (2 itens); 2) consumo de álcool (5 itens) e outras drogas (4 itens); 3) comportamentos sexuais de risco (4 itens); 4) hábitos alimentares (5 itens); 5) inatividade física (1 item); 6) condução de risco (3 itens) (Santos, 2011). Com uma escala de resposta tipo *likert* que varia entre os 3 pontos (somente 1 item) e os 5 pontos, apresenta, ainda, questões de caráter intervalar e nominal. Quinze itens do QCREU são adaptados da Avaliação dos Interesses e Práticas Saudáveis dos Estudantes Universitários (Pereira, 1999), seis itens do *National College Health Risk Behavior Survey* (NCHRBS; CDC, 1997) e os restantes três itens foram reformulados por Santos (2011) no sentido de ir ao encontro dos padrões de consumo dos estudantes durante as festas académicas.

### **Procedimento**

Para a recolha dos dados disponibilizou-se um questionário numa plataforma online que se dirigiu à população académica de todo o IPC. Para o efeito, contactou-se pessoalmente a direção do IPC para se averiguar a possibilidade de efetuar o estudo. Após a autorização, foi enviado um pedido de colaboração aos presidentes responsáveis por cada Escola/ Instituto, no sentido de enviarem o link do questionário para os emails institucionais dos alunos. Simultaneamente, aplicou-se um questionário presencial aos alunos que recorreram ao apoio psicológico no Gabinete de Psicologia dos SASIPC e no Gabinete de Psicologia do ISEC, em contexto de consulta. Em ambos os casos foram dadas instruções sobre o objetivo geral da investigação. No questionário colocado na plataforma online, as instruções foram fornecidas por escrito, enquanto no questionário presencial todas as instruções foram fornecidas verbalmente. Após a apresentação do objetivo geral aos participantes, revelou-se que o estudo consistia no preenchimento de um conjunto de questionários que teria a duração de cerca de 20 minutos. Foram tidos em consideração o anonimato e a confidencialidade das respostas, sendo voluntária a participação dos inquiridos. De salientar que todos os participantes deram o seu consentimento informado (cf. Anexo 3). A recolha de dados decorreu de março a junho de 2013. Importa ainda referir que foi pedida autorização para a utilização dos instrumentos no presente estudo (cf. Anexo 4). Os instrumentos de avaliação utilizados encontram-se em anexo (cf. Anexo 5). Com o objetivo de comparar os grupos clínico e não clínico quanto à saúde mental e aos comportamentos de risco (terceiro objetivo do presente estudo), realizou-se uma seleção aleatória de 8% dos 958 elementos pertencentes ao grupo não clínico. Formou-se de seguida um grupo não clínico (N=78), equivalente ao grupo clínico (N=73), no que respeita às seguintes características (cf. Tabela 2):

**Tabela 2.** Características sócio-demográficas dos grupos equivalentes

Características		Grupo Clínico (N=73)	Grupo não clínico (N=78)	Estatística
<b>Idade</b>	Média	25.42	24.78	$t(149)=0.493,$ $p > 0.05$
	<i>dp</i>	7.23	8.66	
<b>Género</b>	Feminino	53	59	$X^2(1) = 0.182,$ $p > 0.05$
	Masculino	20	19	
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	68	73	1.000 <sup>n.s.</sup>
	Outra	5	5	
<b>Estado civil</b>	Solteiro/Divorciado	66	69	$X^2(1) = 0.151,$ $p > 0.05$
	Casado/União de facto	7	9	
<b>Curso</b>	Engenharias	15	8	$X^2(4) = 9.477,$ $p = 0.05$
	Cont. Admn. Gest. Mark.	24	17	
	Saúde	15	23	
	Educação	14	27	
	Tecn. C. Eng. Agrárias	5	3	
<b>Deslocado</b>	Sim	39	43	$X^2(1) = 0.044,$ $p > 0.05$
	Não	34	35	
<b>Toma de medicação</b>	Sim	44	9	$X^2(1) = 39.317,$ $p < 0.05$
	Não	29	69	

### Análise dos dados

A análise dos dados realizou-se através de análises estatísticas que se adequaram aos diferentes objetivos do estudo. Para o efeito, usou-se o software informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19, necessário para os cálculos de estatísticas descritivas e inferenciais. Relativamente às estatísticas descritivas, foram calculadas percentagens, médias e desvios-padrão das variáveis caracterizadoras. As estatísticas inferenciais com recurso a testes paramétricos e não paramétricos consistiram em: i) testes t para amostras independentes, com correção de Bonferroni, para comparações entre dois grupos; ii) testes de qui-quadrado para analisar a relação entre duas variáveis categoriais, apenas utilizados sempre que se reuniram as condições necessárias já que, quando tal não se verificou, recorreu-se ao teste exato de Fisher; iii) correlações de *Spearman*, para medir a associação entre duas variáveis ordinais e entre variáveis ordinais e intervalares (Pallant, 2007).

### Resultados

#### Caracterização do grupo clínico e não clínico quanto à saúde mental

De acordo com o primeiro objetivo do estudo, a caracterização da saúde mental dos grupos clínico e não clínico foi levada a cabo através da análise dos resultados obtidos a partir da aplicação do BSI e da HADS. Com base na análise do ISP do BSI em ambos os grupos, foi possível observar que 52 (71.2%) elementos do grupo clínico se encontram acima do ponto de corte ( $\geq 1.7$ ) e 21 (28.8%) abaixo deste, situação inversa à espelhada pelo grupo não clínico, uma vez que 279 (29.1%) alunos pontuam acima do ponto de corte e 679 (70.9%) pontuam abaixo. Por outras palavras, e tendo em conta que acima do ponto de corte é provável encontrar sujeitos perturbados emocionalmente e abaixo desse ponto se situa a população em geral (Canavarro, 2007), é possível afirmar que, com base neste índice, 71.2% dos estudantes pertencentes ao grupo clínico e 29.1% dos alunos pertencentes ao grupo não clínico são provavelmente sujeitos que sofrem de perturbações emocionais. Tal como se pode verificar nas Tabelas 3 e 4, nas subescalas do BSI e nos três índices globais, tanto o grupo clínico como o grupo não clínico evidenciaram diferenças estatisticamente

significativas quanto à sintomatologia psicopatológica, isto quando comparadas com a população geral, à exceção da dimensão ideação paranoide no grupo clínico e da dimensão depressão no grupo não clínico. Em todas as variáveis analisadas, estatisticamente significativas, o grupo clínico pontuou acima da média esperada para a população geral (destacando os níveis de depressão e psicoticismo) e o grupo não clínico abaixo (destacando os níveis de ansiedade e o TSP), revelando que os jovens estudantes que não estão a usufruir de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, possuem uma saúde mental superior à da população geral e aqueles que o recebem, possuem uma saúde mental inferior à da população geral.

**Tabela 3.** *Comparação entre o grupo clínico e a população geral*

Variáveis	População geral		Grupo clínico			
	M	dp	M	dp	t student	p
Somatização	0.573	0.916	1.065	0.944	4.451	0.000
Obsessões-Compulsões	1.290	0.878	1.801	0.964	4.532	0.000
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	1.634	1.038	5.559	0.000
Depressão	0.893	0.722	1.801	1.012	7.668	0.000
Ansiedade	0.942	0.766	1.420	0.961	4.250	0.000
Hostilidade	0.894	0.784	1.279	0.953	3.455	0.001
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	1.041	1.004	5.301	0.000
Ideação Paranoide	1.063	0.789	1.387	0.976	2.835	0.006
Psicoticismo	0.668	0.614	1.419	0.997	6.435	0.000
IGS	0.835	0.480	1.436	0.853	6.017	0.000
TSP	26.993	11.724	35.767	14.073	5.327	0.000
ISP	1.561	0.385	1.948	0.636	5.198	0.000

Na análise do teste t student utilizou-se o seguinte nível de significância:  $p < 0.004$ .

Os graus de liberdade para o grupo clínico são:  $df = 72$ .

**Tabela 4.** *Comparação entre o grupo não clínico e a população geral*

Variáveis	População geral		Grupo não clínico			
	M	dp	M	dp	t student	p
Somatização	0.573	0.916	0.415	0.561	-8.686	0.000
Obsessões-Compulsões	1.290	0.878	0.966	0.833	-12.035	0.000
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	0.722	0.846	-8.638	0.000
Depressão	0.893	0.722	0.822	0.835	-2.625	0.009
Ansiedade	0.942	0.766	0.566	0.654	-17.804	0.000
Hostilidade	0.894	0.784	0.649	0.672	-11.285	0.000
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	0.318	0.555	-5.559	0.000
Ideação Paranoide	1.063	0.789	0.691	0.784	-14.697	0.000
Psicoticismo	0.668	0.614	0.527	0.668	-6.548	0.000
IGS	0.835	0.480	0.635	0.607	-10.212	0.000
TSP	26.993	11.724	19.826	14.114	-15.717	0.000
ISP	1.561	0.385	1.505	0.489	-3.514	0.000

Na análise do teste t student utilizou-se o seguinte nível de significância:  $p < 0.004$ .

Os graus de liberdade para o grupo não clínico são:  $df = 957$ .

No que concerne aos resultados obtidos a partir do instrumento HADS, na componente de ansiedade, é possível situar 31 (42.5%) sujeitos do grupo clínico acima do ponto de corte ( $\geq 11$ ) e 42 (57.5%) abaixo do ponto de corte. Quanto à componente de depressão, 11(15.1%) indivíduos apresentam-se acima do ponto de corte e 62 (84.9%) abaixo. Tendo em conta que acima do ponto de corte, na subescala da ansiedade, é provável encontrar sujeitos com perturbações de ansiedade e acima do ponto de corte, na subescala da depressão, indivíduos com perturbações do humor (Pais-Ribeiro et al., 2007), estes dados sugerem que 42.5% dos estudantes que recebem acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico sofrem provavelmente de

perturbações de ansiedade e 15.1% de perturbações do humor. Com o objetivo de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo clínico ( $M=9.52$ ,  $dp=4.19$ ) e a população normal ( $M=7.81$ ) (Pais-Ribeiro et al., 2007) para a componente de ansiedade, e entre o grupo clínico ( $M=7.47$ ,  $dp=3.98$ ) e a população normal ( $M=3.22$ ) (Pais-Ribeiro et al., 2007) para a componente de depressão, realizou-se um teste-t para amostras independentes. O resultado confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $t(72)=3.49$ ,  $p<0.05$ ) para a ansiedade, revelando um valor médio de ansiedade superior ao da população normal e a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $t(72)=9.12$ ,  $p<0.05$ ) para a depressão, demonstrando um valor médio de depressão bastante superior ao da população normal. Quanto ao grupo não clínico, 119 (12.4%) alunos encontram-se acima do ponto de corte e 839 (87.6%) abaixo do ponto de corte para a componente de ansiedade. Para a componente de depressão, 55 (5.7%) alunos pontuam acima do ponto de corte e 903 (94.3%) abaixo, sendo provável que 12.4% dos estudantes que não recebem qualquer tipo de acompanhamento possuam perturbações de ansiedade e 5.7% perturbações do humor. Verificaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas entre o grupo não clínico ( $M=5.95$ ,  $dp=3.75$ ) e a população normal ( $M=7.81$ ) (Pais-Ribeiro et al., 2007) para a componente de ansiedade, e entre o grupo não clínico ( $M=4.20$ ,  $dp=3.44$ ) e a população normal ( $M=3.22$ ) (Pais-Ribeiro et al., 2007) para componente de depressão. Realizou-se também um teste-t para amostras independentes e o resultado evidenciou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $t(957)=-15.36$ ,  $p<0.05$ ) para a ansiedade, revelando um valor médio de ansiedade inferior ao da população normal e a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $t(957)=8.79$ ,  $p<0.05$ ) para a depressão, demonstrando um valor médio de depressão superior ao da população normal.

De uma forma global ambos os grupos evidenciam níveis de depressão superiores aos da população normal, diferindo apenas nos níveis de ansiedade, pois só o grupo não clínico apresenta níveis inferiores aos da população normal.

### **Caracterização do grupo clínico e não clínico quanto aos comportamentos de risco**

De acordo com o segundo objetivo do estudo, para caracterizar o grupo clínico e não clínico quanto aos comportamentos de risco, selecionaram-se 3 das 6 categorias de comportamentos de risco do instrumento QCREU: “Consumo de álcool e outras drogas” (onde serão apresentados os resultados para os 9 itens); “Comportamentos sexuais de risco” (onde foram tidos em consideração apenas 3 itens) e “Inatividade Física” (1 item). Conforme se pode observar na Tabela 5, 42.5% dos alunos pertencentes ao grupo clínico não ingeriram qualquer bebida alcoólica nos últimos 30 dias; 69.9% não beberam mais de 5 bebidas alcoólicas seguidas em apenas algumas horas nos últimos 30 dias e 39.7% não consomem bebidas alcoólicas. Para aqueles que consomem, a cerveja é a bebida ingerida com maior frequência, inclusive em festas acadêmicas. Dos alunos que frequentam este tipo de festas, 23.3% ingere em média entre 5 a 8 copos. Por outro lado, 34.3% dos estudantes do grupo não clínico beberam pelo menos uma bebida alcoólica e 19.5% beberam 5 ou mais bebidas alcoólicas seguidas em apenas algumas horas, em 2 a 4 dias, dos últimos 30 dias. A bebida mais consumida é também a cerveja, assim como em festas acadêmicas. Relativamente à quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas em festas acadêmicas, a média ronda entre os 3 a 4 copos (22%) e os 5 a 8 copos (22.1%), sendo que 22.7% não consomem bebidas alcoólicas nas festas acadêmicas ou então não as frequentam.



**Tabela 5. Consumo de álcool**

Item	Categoria de resposta	Grupo clínico		Grupo não clínico	
		N	%	N	%
3. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu pelo menos uma bebida alcoólica?	0 dias	31	42.5	248	25.9
	1 dia	18	24.7	165	17.2
	2 a 4 dias	13	17.8	329	34.3
	5 a 14 dias	7	9.6	163	17
	15 dias ou mais	4	5.5	53	5.5
4. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu 5 (4 se for mulher) ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, em apenas algumas horas?	0 dias	51	69.9	527	55
	1 dia	6	8.2	168	17.5
	2 a 4 dias	11	15.1	187	19.5
	5 a 14 dias	3	4.1	66	6.9
	15 dias ou mais	2	2.7	10	1
5. Que tipo de bebidas alcoólicas ingere com mais frequência?	Não consumo bebidas alcoólicas	29	39.7	209	21.8
	Cerveja	21	28.8	386	40.3
	Vinho	8	11	168	17.5
	Bebidas destiladas	12	16.4	165	17.2
	Shots	3	4.1	30	3.1
6. Que tipo de bebidas alcoólicas ingere em festas acadêmicas?	Não vou a festas acadêmicas/ não consumo bebidas alcoólicas nas festas acadêmicas	28	38.4	195	20.4
	Cerveja	22	30.1	489	51
	Vinho	5	6.8	75	7.8
	Bebidas destiladas	11	15.1	164	17.1
	Shots	7	9.6	35	3.7
7. Que quantidade de bebidas alcoólicas costuma ingerir em festas acadêmicas?	Não vou a festas acadêmicas/ não consumo bebidas alcoólicas nas festas acadêmicas	29	39.7	217	22.7
	1 a 2 copos	9	12.3	181	18.9
	3 a 4 copos	13	17.8	211	22
	5 a 8 copos	17	23.3	212	22.1
	mais de 8 copos	5	6.8	137	14.3

No que diz respeito ao consumo de substâncias, os dados da Tabela 6 mostram que em ambos os grupos, a grande maioria dos estudantes não consumiu nos últimos 30 dias, marijuana, cocaína, tranquilizantes ou barbitúricos sem consentimento médico e drogas sintéticas, sendo apenas uma pequena porcentagem no grupo clínico (2.7%) e no grupo não clínico (2.6%) que consumiu marijuana 10 ou mais vezes nos últimos 30 dias.



**Tabela 6. Consumo de drogas**

Item	Categoria de resposta	Grupo Clínico		Grupo não clínico	
		N	%	N	%
8. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou marijuana?	0 vezes	69	94.5	887	92.6
	1 vez	1	1.4	13	1.4
	2 ou 5 vezes	1	1.4	26	2.7
	6 a 9 vezes	0	0	7	0.7
	10 ou mais vezes	2	2.7	25	2.6
9. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu cocaína (pó, crack, base, etc)?	0 vezes	72	98.6	945	98.6
	1 vez	0	0	6	0.6
	2 ou 5 vezes	0	0	3	0.3
	6 a 9 vezes	0	0	0	0
	10 ou mais vezes	1	1.4	4	0.4
10. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu tranquilizantes (valium, etc.) ou barbitúricos (calmantes, vermelhos, amarelos, etc.) sem o consentimento médico?	0 vezes	66	90.4	906	94.6
	1 vez	0	0	26	2.7
	2 ou 5 vezes	3	4.1	16	1.7
	6 a 9 vezes	0	0	2	0.2
	10 ou mais vezes	4	5.5	8	0.8
11. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu drogas sintéticas (ecstasy, LSD, ácido, cogumelos, mescalino, anfetaminas, etc.)?	0 vezes	72	98.6	945	98.6
	1 vez	0	0	7	0.7
	2 ou 5 vezes	0	0	3	0.3
	6 a 9 vezes	0	0	0	0
	10 ou mais vezes	1	1.4	3	0.3

Por sua vez, no que concerne aos comportamentos sexuais de risco, a partir da análise da Tabela 7 é possível verificar que nos últimos 12 meses, 49.3% dos elementos do grupo clínico e 65.8% do grupo não clínico tiveram 1 parceiro sexual, 93.2% do grupo clínico e 93.1% do grupo não clínico não tiveram relações sexuais depois de ter consumido álcool, que não ocorreriam caso não tivessem bebido. Mais ainda, a maioria em cada grupo (52.1% - clínico e 65.4% - não clínico) ainda não realizou o teste para a infecção por VIH/SIDA.

**Tabela 7. Comportamentos sexuais de risco**

Item	Categoria de resposta	Grupo clínico		Grupo não clínico	
		N	%	N	%
12. Durante os últimos 12 meses teve...	0 parceiros sexuais	22	30.1	194	20.3
	1 parceiro sexual	36	49.3	630	65.8
	2 parceiros sexuais	9	12.3	82	8.6
	3 parceiros sexuais	0	0	27	2.8
	Mais do que 3 parceiros sexuais	6	8.2	25	2.6
14. Durante os últimos 12 meses teve relações sexuais (vaginais, orais, anais) depois de ter consumido álcool, que não ocorreriam caso não tivesse bebido?	0 vezes	68	93.2	892	93.1
	1 vez	1	1.4	32	3.3
	2 vezes	2	2.7	16	1.7
	3 vezes	0	0	5	0.5
	Mais do que 3 vezes	2	2.7	13	1.4
15. Já realizou alguma vez o teste para a infecção por VIH/SIDA?	Sim	32	43.8	286	29.9
	Não	38	52.1	627	65.4
	Não sei	3	4.1	45	4.7

Relativamente à inatividade física, na Tabela 8, é possível constatar que tanto no grupo clínico (47.9%) como no grupo não clínico (40.8%) são mais os alunos a não praticar exercício ou atividade física, nos últimos 30 dias, do que a praticar 1 vez por semana.

**Tabela 8. Inatividade física**

Item	Categoria de resposta	Grupo clínico		Grupo não clínico	
		N	%	N	%
21. Durante os últimos 30 dias, praticou exercício ou atividade física (como basquetebol, jogging, natação, ténis, andar de bicicleta, levantamento de pesos...)?	0 vezes	35	47.9	391	40.8
	1 vez por semana (ex. ao fim de semana)	22	30.1	367	38.3
	2 a 3 vezes por semana	12	16.4	147	15.3
	4 a 6 vezes por semana	4	5.5	42	4.4
	7 vezes por semana	0	0	11	1.1

### Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto às variáveis em estudo

Com o intuito de comparar o grupo clínico e não clínico quanto às variáveis em estudo - saúde mental e comportamentos de risco - procedeu-se à análise dos resultados utilizando um grupo equivalente composto por 78 sujeitos pertencentes ao grupo não clínico e os 73 elementos do grupo clínico.

**Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto à saúde mental.** Procedendo à análise do ISP do BSI para o grupo não clínico, foi possível verificar que 59 (75.6%) sujeitos pontuam abaixo do ponto de corte e apenas 19 (24.4%) acima desse valor. Este padrão é consistente com os dados obtidos anteriormente, uma vez que, contrariamente a este grupo, o grupo clínico possui mais indivíduos a pontuarem acima do ponto de corte (71.2%) do que abaixo (28.8%). Estes dados apontam para a probabilidade de se encontrar perturbações emocionais em 24.4% dos estudantes que não recebem qualquer tipo de apoio psicológico e/ou psiquiátrico e para o facto de 71.2% dos alunos que recebem apoio sofrerem provavelmente de perturbações emocionais. Quanto aos resultados globais obtidos através do BSI, a partir da análise da Tabela 9, é possível verificar que em todas as subescalas e nos três índices globais do instrumento, o grupo clínico apresentou níveis de sintomatologia mais elevados que o grupo não clínico, com um maior destaque no índice TSP.

**Tabela 9. Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto à saúde mental (avaliada pelo BSI)**

Variáveis	Grupo clínico		Grupo não clínico		t student	p
	M	dp	M	dp		
<b>Somatização</b>	1.065	0.944	0.390	0.539	5.457	0.000
<b>Obsessões-Compulsões</b>	1.801	0.936	0.936	0.779	6.087	0.000
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	1.634	1.038	0.702	0.854	6.038	0.000
<b>Depressão</b>	1.801	1.012	0.771	0.786	7.009	0.000
<b>Ansiedade</b>	1.420	0.961	0.545	0.633	6.650	0.000
<b>Hostilidade</b>	1.279	0.953	0.633	0.765	4.607	0.000
<b>Ansiedade Fóbica</b>	1.041	1.004	0.266	0.589	5.827	0.000
<b>Ideação Paranoide</b>	1.387	0.976	0.628	0.791	5.262	0.000
<b>Psicoticismo</b>	1.419	0.997	0.497	0.615	6.885	0.000
<b>IGS</b>	1.436	0.853	0.599	0.599	7.015	0.000
<b>TSP</b>	35.767	14.073	18.974	13.889	7.377	0.000
<b>ISP</b>	1.948	0.636	1.472	0.483	5.178	0.000

Na análise do teste t student utilizou-se o seguinte nível de significância:  $p < 0.004$ .

Graus de liberdade:  $df = 149$ .

No que concerne aos resultados obtidos a partir do instrumento HADS, para a componente de ansiedade, é possível situar 7 (9%) sujeitos do grupo não clínico acima do ponto de corte e 71 (91%) abaixo (*versus* 42.5% acima e 57.5% abaixo para o grupo clínico) e 4 (5.1%) indivíduos acima do ponto de corte e 74 (94.9%) abaixo do ponto de corte para a componente de depressão (*versus* 15.1% acima e 84.9% abaixo no grupo clínico). Como já foi referido anteriormente, acima do ponto de corte é provável encontrar sujeitos com perturbações de ansiedade e de humor. Assim sendo, 9% dos alunos que não recebem acompanhamento sofrem provavelmente de perturbações de ansiedade, valor inferior ao encontrado nos estudantes que recebem apoio, e 5.1% dos alunos que não o recebem sofrem provavelmente de perturbações do humor, percentagem igualmente inferior à encontrada nos estudantes em acompanhamento. Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $t(149)=6.170$ ,  $p < 0.05$ ) entre o grupo não clínico ( $M=5.74$ ,  $dp=3.31$ ) e o grupo clínico ( $M=9.52$ ,  $dp=4.19$ ) para a ansiedade, como também diferenças estatisticamente significativas ( $t(149)=5.12$ ,  $p < 0.05$ ) entre o grupo não clínico ( $M=4.27$ ,  $dp=3.69$ ) e o grupo clínico ( $M=7.47$ ,  $dp=3.98$ ) para a depressão. Os resultados confirmaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, revelando índices de ansiedade e de depressão mais elevados no grupo clínico.

**Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto aos comportamentos de risco.** Na tabela 10 está patente a comparação dos comportamentos de risco entre os grupos, realizada a partir do teste qui-quadrado. Através da sua análise, é de salientar que existem diferenças estatisticamente significativas [ $X^2(1)=3.910$ ,  $p=0.048$ ], entre o grupo clínico e não clínico relativamente ao número de dias, durante o último mês, em que foi ingerida pelo menos uma bebida alcoólica e verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas [ $X^2(1)=5.205$ ,  $p=0.023$ ] entre o grupo clínico e não clínico no que concerne ao número de parceiros sexuais evidenciados durante os últimos 12 meses. Foram 49 (67.1%) os estudantes do grupo clínico e 40 (51.3%) do grupo não clínico que nos últimos 30 dias não consumiram bebidas alcoólicas ou consumiram em apenas 1 dia. Por sua vez, 24 (32.9%) estudantes pertencentes ao grupo clínico e 38 (48.7%) ao grupo não clínico consumiram bebidas alcoólicas no período de 2 a 15 dias (ou mais), nos últimos 30 dias. No grupo clínico, 58 (79.5%) estudantes e 72 (92.3%) do grupo não clínico, não apresentaram nenhum parceiro sexual ou apresentaram pelo menos 1 parceiro sexual nos últimos 12 meses. Por outro lado, 15 (20.5%) alunos do grupo clínico e 6 (7.7%) do grupo não clínico tiveram relações sexuais com 2, 3 ou mais do que 3 parceiros. No que diz respeito aos fatores - consumo de bebidas alcoólicas em apenas algumas horas, tipo de bebidas ingeridas com mais frequência no dia a dia e em festas académicas, quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas em festas académicas, quantidade de vezes que se usou marijuana, consumiu cocaína, tranquilizantes ou barbitúricos, drogas sintéticas, quantidade de relações sexuais tidas após o consumo de álcool que não ocorreriam se não se tivesse bebido e o número de vezes por semana que pratica exercício ou atividade física - não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Todos os resultados obtidos encontram-se em anexo (cf. Anexo 6).

**Tabela 10.** Comparação entre o grupo clínico e o grupo não clínico quanto aos comportamentos de risco.

Comportamentos de Risco	$\bar{x}$	Grupo clínico		Grupo não clínico		Qui-Quadrado
		N	%	N	%	
3. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu pelo menos uma bebida alcoólica?	1	49	67.1	40	51.3	$X^2(1) = 3.910$ , $p = 0.048$
	2	24	32.9	38	48.7	
12. Durante os últimos 12 meses teve...(número de parceiros sexuais)	1	58	79.5	72	92.3	$X^2(1) = 5.205$ , $p = 0.023$
	2	15	20.5	6	7.7	

**Correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco**

**Correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco no grupo clínico.** Segundo os dados obtidos na Tabela 11, com as correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco no grupo clínico, verifica-se uma correlação estatisticamente significativa ( $r_s=0.308$ ,  $N=73$ ,  $p=0.008$ ) entre a ansiedade (medida através da HADS) e o consumo de pelo menos uma bebida alcoólica, durante os últimos 30 dias. Esta correlação é positiva e de efeito médio, o que permite inferir que quanto maior o número de dias em que exista consumo, maiores são os níveis de ansiedade evidenciados pelos estudantes. Existe também uma correlação estatisticamente significativa, de efeito médio, entre a hostilidade e o uso de marijuana ( $r_s=0.308$ ,  $N=73$ ,  $p=0.008$ ) e o consumo de tranquilizantes ou barbitúricos ( $r_s=0.310$ ,  $N=73$ ,  $p=0.008$ ). As correlações são positivas, o que significa que quanto maior for o consumo destas substâncias, maior serão os níveis de hostilidade apresentados pelos alunos. Relativamente à prática de atividade ou exercício físico, foi encontrada uma correlação negativa, estatisticamente significativa ( $r_s= -0.315$ ,  $N=73$ ,  $p=0.007$ ) e de efeito médio, com a ansiedade (medida através da HADS). Esta correlação permite deduzir que existe uma clara associação entre a prática de atividade/exercício físico e uma redução dos níveis de ansiedade. No grupo clínico não foram, no entanto, verificadas correlações entre o consumo de cocaína e drogas sintéticas e a quantidade de vezes que se teve relações sexuais depois de ter consumido álcool (que não ocorreriam caso não existisse consumo), com a saúde mental (cf. Anexo 7).

**Tabela 11.** Correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco no grupo clínico

Comportamentos de Risco	Saúde Mental	Grupo Clínico (N=73)	
		$r_s$	$p$
3. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu pelo menos uma bebida alcoólica?	Ansiedade (HADS)	0.308	0.008
8. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou marijuana?	Hostilidade	0.308	0.008
10. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu tranquilizantes (valium, etc.) ou barbitúricos (calmantes, vermelhos, amarelos, etc.) sem o consentimento médico?	Hostilidade	0.310	0.008
21. Durante os últimos 30 dias, praticou exercício ou atividade física (como basquetebol, jogging, natação, ténis, andar de bicicleta, levantamento de pesos...)?	Ansiedade (HADS)	-0.315	0.007

**Correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco no grupo não clínico.**

Relativamente às correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco no grupo não clínico, só se estabeleceram correlações de efeito pequeno. Todas as correlações estabelecidas serão apresentadas em

anexo (cf. Anexo 8). De referir apenas uma correlação estatisticamente significativa ( $r_s=0.203$ ,  $N=958$ ,  $p=0.000$ ), de efeito pequeno, entre o consumo de tranquilizantes ou barbitúricos sem consentimento médico e o ISP, como se pode visualizar na Tabela 12, o que sugere que um aumento na toma destas substâncias sem o consentimento médico, provoca um aumento no número médio de intensidade de sintomas assinalados.

**Tabela 12.** *Correlações entre a saúde mental e os comportamentos de risco no grupo não clínico*

Comportamentos de Risco	Saúde Mental	Grupo não clínico (N=958)	
		$r_s$	$p$
10. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu tranquilizantes (valium, etc.) ou barbitúricos (calmantes, vermelhos, amarelos, etc.) sem o consentimento médico?	ISP	0.203	0.000

### Discussão

A par do crescente número de investigações que evidenciam o interesse no conhecimento do perfil da saúde mental e dos comportamentos de risco dos estudantes do ES, têm sido vários os estudos que visam adequar os programas de prevenção e intervenção existentes nas IES às reais necessidades dos seus estudantes. É com anseio de poder contribuir para este fim que se discutem os dados que traduzem a realidade atual dos estudantes de uma IES pública: o IPC.

Quanto à saúde mental, os dados deste estudo revelaram que 71.2% dos estudantes que recebem apoio psicológico e/ou psiquiátrico sofrem provavelmente de perturbações mentais. Paralelamente, e em menor escala, dos alunos que não recebem qualquer tipo de apoio, apenas 29.1% possuem uma forte probabilidade de sofrer de perturbações mentais. Esta prevalência, embora consideravelmente superior no grupo clínico, não deverá ser ignorada, uma vez que segundo alguns autores a tendência é para que este número venha a aumentar (Andrews & Wilding, 2004; Castillo & Schwartz, 2013; Eisenberg et al., 2007; Fisher & Hood, 1987). Quando comparados com a população normal, os estudantes que recebem acompanhamento possuem uma saúde mental consideravelmente inferior, conforme indicam os índices de psicopatologia, bastante elevados, avaliados pelo BSI. Estes dados vêm corroborar os relatados nos estudos de Monteiro (2008) e de Santos e colaboradores (2010), uma vez que a saúde mental dos estudantes também se mostrou inferior à da população geral. Porém, o mesmo cenário não se reproduziu nos estudantes que não recebem apoio. Nestes, a saúde mental manifestou-se superior à da população geral, principalmente no que diz respeito aos níveis de ansiedade que são consideravelmente inferiores, assim como o Total de Sintomas Positivos evidenciados. Estes dados contradizem a literatura, que sugere exaustivamente que os estudantes possuem uma saúde mental inferior à população normal. Contudo, segundo alguns autores, os níveis de sofrimento psicológico traduzidos em sintomatologia ansiogena, obsessiva e somática tendem a desaparecer nas seis primeiras semanas após a permanência no curso (Fisher & Hood, 1987) e os níveis mais altos de sofrimento diminuem significativamente a partir do 2º semestre do 1º ano de curso (Bewick et al., 2010). Ora, a maior parte dos estudantes do grupo não clínico alvo deste estudo, concentra-se nos três primeiros anos de curso, o que poderá justificar os níveis de saúde mental superiores aos da população normal.

Relativamente às perturbações de ansiedade e de humor avaliadas pela HADS e utilizando o ponto de corte sugerido por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007), verificou-se que 42.5% dos alunos em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico possuem uma grande probabilidade de ter um quadro de

perturbações de ansiedade e 15.1% de perturbações do humor. Para os que não recebem acompanhamento, é provável que 12.4% apresentem perturbações de ansiedade e 5.7% perturbações de humor. Os índices de ansiedade, quando comparados com os da população normal, mostraram-se superiores no grupo com acompanhamento e inferiores no grupo sem acompanhamento. Por outro lado, os níveis de depressão em ambos os grupos mostraram-se superiores aos da população normal. De salientar apenas que os níveis de depressão no grupo clínico foram consideravelmente superiores aos da população normal, valor também confirmado pelo instrumento BSI. A prevalência da depressão em toda a amostra corrobora os dados fornecidos por alguns estudos que mencionam níveis de depressão elevados em estudantes, superiores aos da população normal (Andrade et al., 2003; Ibrahim et al., 2012; Sidana et al., 2012). Um fator passível de explicar um cenário de níveis de depressão bastante elevados em toda a amostra centra-se no facto de a amostra ser maioritariamente composta por elementos do género feminino (72%). De facto, de acordo com a literatura consultada, a depressão afeta primordialmente o género feminino (Noorden et al., 2010) e as estudantes têm uma probabilidade maior de sofrer de uma perturbação depressiva maior do que o sexo masculino (Eisenberg et al., 2007; Wingo et al., 2013; You et al., 2009). Outro aspeto que poderá influenciar a saúde mental dos jovens poderá relacionar-se com o facto de a grande maioria (59.2%) estar deslocada do seu agregado familiar para estudar, uma vez que a saída de casa implica uma exposição a mais stressores, a um aumento de responsabilidade, ao afastamento de pessoas próximas (e.g. família e amigos) (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso, & Ferreira, 2008) e a saudades de casa (*homesickness*) (Fisher & Hood, 1987). De referir também que, embora a sintomatologia ansiogena seja apenas superior à da população normal nos estudantes que recebem acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, e a sintomatologia depressiva seja superior à da população normal em ambos os grupos, na totalidade da amostra existe uma probabilidade maior dos estudantes sofrerem de perturbações de ansiedade do que de perturbações depressivas.

Um dos objetivos do estudo foi também comparar, quanto à saúde mental, os estudantes que recebem apoio com os que não recebem. Para o efeito, não se observaram diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito às características género, idade, estado civil e nacionalidade, assim como quanto ao facto de se encontrarem deslocados do agregado familiar para estudar. No entanto, existem diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito ao curso ( $p=0.05$ ) e à medicação ( $p<0.05$ ). Quanto à medicação, esta diferença já seria de esperar, uma vez que existem no grupo clínico mais elementos a tomar medicação. De uma forma geral, conclui-se que estamos perante grupos semelhantes. Cumpridos os critérios que permitem garantir a semelhança entre os dois grupos com vista à sua respetiva comparação, verificou-se que os alunos que frequentam apoio psicológico e/ou psiquiátrico apresentam uma probabilidade consideravelmente superior de sofrer de perturbações emocionais (71.2%), comparativamente com os seus pares que não recebem apoio (24.4%). Os níveis de sintomatologia psicopatológica avaliados pelo BSI verificaram-se também superiores nos estudantes que frequentam estes tipos de apoio. Estudos realizados com amostras clínicas e não clínicas suportam estes resultados, na medida em que níveis inferiores de saúde mental, traduzidos em menor bem-estar, menor capacidade de funcionamento e mais sintomatologia ansiogena e depressiva foram encontrados em maior escala em grupos clínicos (Santos, Pereira, & Veiga, 2008; Santos, 2011; Green, Lowry, & Kopta, 2003). No que concerne à avaliação da saúde mental levada a cabo pela HADS, constatou-se ser mais provável encontrar quer perturbações de ansiedade (42.5% vs 9%),

quer perturbações de humor (15.1% vs 5.1%) nos estudantes que recebem apoio. Os níveis de ansiedade e de depressão do grupo não clínico revelaram-se significativamente inferiores aos dos estudantes que recebem apoio, existindo uma discrepância maior na sintomatologia ansiogena. Um estudo levado a cabo por Erdur-Baker e colaboradores (2006), demonstrou que os estudantes que não recebiam qualquer tipo de acompanhamento evidenciavam menos problemas psicológicos e com menor duração do que os colegas em acompanhamento.

Após a análise da saúde mental na totalidade da amostra, é possível concluir que para estes estudantes a entrada para o ES foi um marco desenvolvimental que a grande maioria conseguiu superar, apesar de a sintomatologia psicopatológica estar presente. Em concordância com Arnett (2007) parece que os estudantes do ES estão satisfeitos consigo próprios e permanecem com uma atitude otimista face à sua vida.

No que diz respeito aos comportamentos de risco, nos estudantes que recebem acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico foi possível averiguar que 57.5% consumiram pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos 30 dias, contudo, 69.9% não apresentaram episódios de *binge drinking* e dos que tiveram esses episódios, apenas 2.7% são *binge drinkers* frequentes. Em festas académicas, 60.2% dos estudantes que as frequentam, metade (30.1%) teve episódios de *binge drinking*. Por outro lado, dos estudantes que não recebem apoio, 74.1% consumiram pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos 30 dias, 45% tiveram episódios de *binge drinking* e destes, apenas 1% são *binge drinkers* frequentes. Em festas académicas, dos 77.3% estudantes que as frequentam, menos de metade (36.4%) tiveram episódios de *binge drinking*. Estes resultados não se enquadram num cenário tão preocupante quanto Prendergrast (1994) observou, e a percentagem de episódios de *binge drinking*, assim como a de *binge drinkers* frequentes foi inferior à reportada no estudo de Santos e colaboradores (2009). Adicionalmente, é possível afirmar que a bebida mais consumida em ambos os grupos foi a cerveja, conforme também o observado em outros estudos (Santos et al., 2009; Santos, 2011).

Relativamente ao consumo de drogas, em ambos os grupos, a grande maioria dos estudantes não consumiu nos últimos 30 dias. No entanto, nos estudantes em acompanhamento, 5.5% consumiram pelo menos uma vez marijuana e 9.6% consumiram pelo menos duas vezes tranquilizantes ou barbitúricos sem consentimento médico. No grupo sem apoio, 7.4% consumiram pelo menos uma vez marijuana e 5.4% pelo menos uma vez tranquilizantes ou barbitúricos. No grupo sem acompanhamento, de facto, a marijuana foi a droga mais utilizada pelos jovens, como previsto inicialmente pela Organização Mundial de Saúde (2009) e por outros estudos (Calado, 2011; Nicholi, 1983), no entanto o mesmo não se verificou no grupo em acompanhamento, pois a marijuana foi menos consumida do que os tranquilizantes ou barbitúricos. Um estudo sobre a prevalência do consumo destas substâncias sem consentimento médico, em 10.904 estudantes do ensino superior, reportou uma prevalência de consumo em 4.5% desses estudantes no ano anterior (McCabe, 2005), percentagem não muito diferente à encontrada neste estudo para os estudantes que não recebem apoio psicológico e/ou psiquiátrico. Contudo este valor é inferior ao observado nos alunos que recebem apoio. Esta situação poderá dever-se ao facto de a psicopatologia evidenciada por estes alunos, nomeadamente sintomatologia ansiogena e depressiva, ser substancialmente superior à encontrada no grupo não clínico, assim como ao facto de 68.5% destes alunos já terem recebido apoio psicológico ou psiquiátrico no passado, onde este tipo de substâncias poderia já ter sido prescrito nessa altura. De referir, ainda, que neste



estudo, o consumo de álcool foi bastante mais prevalente do que o consumo de marijuana, como seria de esperar de acordo com Lomba e colaboradores (2008).

Os comportamentos sexuais de risco revelaram-se também inferiores aos dados reportados na literatura consultada, uma vez que 6.8% (grupo clínico) e 6.9% (grupo não clínico) dos alunos tiveram relações sexuais após o consumo de álcool que não ocorreriam caso não tivessem bebido; valores bastante abaixo das percentagens encontradas noutras investigações que se cifram nos 41% (Ribeiro & Fernandes, 2009) e nos 65% (14.69% com arrependimento posterior) (Lomba et al., 2008). A maioria dos alunos de ambos os grupos são sexualmente ativos, dados que vão também ao encontro de outras investigações (McCave, Chertok, Winter, & Haile, 2013). Dos alunos sexualmente ativos, 8.2% (grupo clínico) e 5.4% (grupo não clínico) teve mais do que 3 parceiros sexuais nos últimos 12 meses e existem dados que sugerem que um elevado número de parceiros sexuais está relacionado com inúmeras consequências negativas, tais como, uma fraca saúde mental e transmissão de doenças sexuais (Bersamin et al., 2012; Braithwaite et al., 2010). De acordo com Futterman (2005) cerca de um terço dos jovens estudantes está infetado com VIH/SIDA sem conhecimento. Neste estudo verificou-se que mais de metade dos estudantes pertencentes ao grupo clínico e não clínico, ainda não realizou o teste.

A inatividade física é também comum entre os jovens do IPC, uma vez que 78% (grupo clínico) e 79.1% (grupo não clínico) não praticam qualquer tipo de atividade física ou fazem-no somente uma vez por semana (e.g. ao fim de semana) e apenas 21.9% (grupo clínico) e 20.8% (grupo não clínico) praticam pelo menos 2 ou mais vezes por semana. Estes dados são congruentes com outros estudos que sugerem que as práticas de atividade física diminuem na idade adulta (Gordon-Larsen et al., 2004) e que existem declínios de atividade física quando os jovens ingressam no ES (Kwan et al., 2012). Sabe-se que a inatividade física está associada a problemas de saúde mental (Nguyen-Michel et al., 2006) e, de facto, grande parte dos estudantes não pratica qualquer tipo de atividade física, constituindo assim um grupo de risco.

Os comportamentos de risco, de uma forma geral, são equivalentes entre os grupos. As diferenças residem no número de dias em que se bebeu pelo menos uma bebida alcoólica e no número de parceiros sexuais no último ano. Quanto ao primeiro aspeto, o grupo não clínico apresentou um consumo mais elevado (48.7% vs 32.9%) e o grupo clínico evidenciou um número mais elevado de parceiros sexuais (20.5% vs 7.7%). O consumo de álcool mais elevado no grupo não clínico poderá estar associado ao aumento da sintomatologia depressiva, uma vez que o consumo excessivo desta substância está associado a consequências negativas, entre elas, a depressão (Midanik et al., 2007; Pedersen, 2013). Por sua vez, e como já foi referido anteriormente, um número de parceiros sexuais superior no grupo clínico pode auxiliar na explicação de uma saúde mental mais fraca neste grupo (Bersamin et al., 2012; Braithwaite et al., 2010).

Ao relacionar a saúde mental com os comportamentos de risco nos estudantes em acompanhamento, foi notória a existência de correlações entre a ansiedade e o consumo de álcool; a hostilidade e o consumo de marijuana; a hostilidade e o consumo de tranquilizantes ou barbitúricos; assim como a ansiedade e a atividade física (correlação negativa). Embora o álcool seja uma droga depressora, à semelhança dos tranquilizantes ou barbitúricos, que tem como consequências principais uma redução dos níveis de ansiedade (Carlini, Nappo, Galdoróz, & Noto, 2001), as correlações encontradas para o álcool trazem indicações contrárias, ou seja: um aumento do consumo de álcool provocou um aumento da sintomatologia ansiogena.



Esta mesma correlação entre o consumo de álcool e a ansiedade foi descrita num estudo que sugere que o consumo excessivo desta substância está associado à ansiedade generalizada e ao *distress* psicológico (Tomlinson et al., 2013). Outros estudos apontam também, para uma comorbilidade entre perturbações de ansiedade, nomeadamente a perturbação de ansiedade social e perturbações decorrentes do consumo de álcool (Morris, Stewart, & Ham, 2005). Em todo o caso, não existe na literatura um consenso relativamente a este assunto, pois existem estudos que confirmam relações positivas (Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000; Merikangas et al., 1998) e negativas (Eggleston, Woolaway-Bickel, & Schmidt, 2004) entre a ansiedade e o consumo de álcool, ou até mesmo ausência de relação (Wicki, Kuntsche, & Gmel, 2010). A correlação que indica que num aumento no consumo de marijuana está implícito um aumento nos níveis de hostilidade é suportada por um estudo conduzido por Buckner e colaboradores (2010). Um consumo de tranquilizantes ou barbitúricos, sem o consentimento médico, pode também dar origem a pensamentos, emoções e/ou comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera. Segundo Ben-Poratha e Taylor (2002), sujeitos sob o efeito de Valium (tranquilizante) apresentaram níveis de agressividade bastante superiores ao grupo placebo. Existem dados que sugerem ainda que as benzodiazepinas facilitam os comportamentos agressivos, pelo facto de provocarem um efeito desinibidor no consumidor que poderá resultar em impulsos agressivos (Hoaken & Stewart, 2003). A prática de atividade/exercício físico correlacionou-se com uma diminuição dos níveis de ansiedade, estando em conformidade com outros estudos (Park et al., 2011; Tyson et al., 2010). No grupo sem apoio psicológico e/ou psiquiátrico, foi observada uma correlação de efeito pequeno entre o ISP do BSI e o consumo de tranquilizantes ou barbitúricos sem o consentimento médico. Este resultado sugere que um aumento na toma destas substâncias sem o consentimento médico, é responsável por um aumento no número médio de intensidade de sintomas psicopatológicos assinalados pelos consumidores. Na tentativa de explicar este resultado, surgem duas hipóteses: i) a dosagem administrada não é a recomendada; ii) o medicamento escolhido não é o mais indicado para a pessoa em causa, dando azo a que a psicopatologia evidenciada não seja tratada e que os sintomas que levaram ao seu consumo persistam.

Quanto ao apoio psicológico, do total dos inquiridos deste estudo, somente 5.92% recebe apoio psicológico no presente. Destes 3.01% utilizam os serviços de apoio disponibilizados pelas IES do IPC. De facto, os dados sobre a saúde mental deste estudo sugerem níveis de sintomatologia depressiva (e também ansiogena para o grupo clínico) preocupantes, uma vez que são superiores aos da população normal. Entende-se, por isso, que ainda são poucos os alunos que recorrem a este tipo de ajuda, não só pela incapacidade de reconhecer que o seu estado psicológico não é “normal”, como também pela vergonha e preconceitos associados à procura de ajuda (Rosenthal & Wilson, 2008). Este fenómeno é também verificado em diversas investigações (Lucas, Oliveira & Soares, 2010; Santos, 2011; Zivin et al., 2009), embora alguns dados indiquem que há cada vez mais jovens a recorrer a este tipo de ajuda nas instituições de ES (Erdur-Baker et al., 2006; Hunt & Eisenberg, 2010). De acordo com este cenário, torna-se premente uma aposta na divulgação dos serviços disponibilizados pelas IES, assim como uma sensibilização para os problemas de saúde mental comuns nesta população, visando o aumento da adesão dos jovens à terapia.

Última nota para referir algumas das limitações do estudo que possam ter influenciado os resultados de alguma forma, ou que devam ser tidas em conta em estudos futuros. Em primeiro lugar, há que ter em

conta que o número de questões do conjunto de questionários aplicados aos diferentes sujeitos era muito elevado, tornando a participação dos mesmos muito morosa, o que poderá ter causado alguma saturação e influenciado a forma como os inquiridos liam ou respondiam às questões. Por outro lado, nem todos os dados recolhidos pelos questionários foram analisados, pelo facto de o formato destes trabalhos ter de obedecer a um limite de páginas. Contudo, teria sido interessante analisar os dados de acordo com algumas variáveis sócio-demográficas, tais como género, estado civil, curso, entre outros, inclusivamente, por exemplo, as diferenças na psicopatologia medida pelos instrumentos no que respeita à influência da medicação. Mais ainda, os questionários apresentados presencialmente podem ter influenciado a forma como algumas respostas foram dadas, uma vez que o consentimento informado estava anexado ao questionário que, por sua vez, continha questões muito íntimas e pessoais.

### Referências Bibliográficas

- Adewuya, A. O., Ola, B. A., & Afolabi, O. O. (2006). Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. *Journal of affective disorders*, 96(1-2), 89–93. doi:10.1016/j.jad.2006.05.021
- Ahern, N. R., & Norris, A. E. (2011). Examining factors that increase and decrease stress in adolescent community college students. *Journal of pediatric nursing*, 26(6), 530–540. doi:10.1016/j.pedn.2010.07.011
- Andrade, C. (2010). Transição para a idade adulta : Das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica*, 28(2), 255–267.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R., Vollebergh, W., et al. (2003). The epidemiology of major depressive episodes : results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3 – 21. doi: 10.1002/mpr.138
- Andrews, B., & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British journal of psychology (London, England: 1953)*, 95 (4), 509–521. doi:10.1348/0007126042369802
- APA. (2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235–254. doi: 10.1177/002204260503500202
- Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68–73. doi:10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x
- Arria, A. M., Wilcox, H. C., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Garnier-Dykstra, L. M., & O’Grady, K. E. (2013). Dispelling the myth of “smart drugs”: cannabis and alcohol use problems predict nonmedical use of prescription stimulants for studying. *Addictive behaviors*, 38(3), 1643–1650. doi:10.1016/j.addbeh.2012.10.002
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 101–106. doi:10.1192/bjp.178.2.101

- Barnett, N. P., & Read, J. P. (2005). Mandatory alcohol intervention for alcohol-abusing college students: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 29(2), 147–158. doi:10.1016/j.jsat.2005.05.007
- Ben-porath, D. D., & Taylor, S. P. (2002). The effects of diazepam (Valium) and aggressive disposition on human aggression An experimental investigation. *Addictive Behaviors*, 27(2), 167–177.
- Bersamin, M. M., Paschall, M. J., Saltz, R. F., & Zamboanga, B. L. (2012). Young adults and casual sex: the relevance of college drinking settings. *Journal of sex research*, 49(2-3), 274–281. doi:10.1080/00224499.2010.548012
- Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E., & Barkham, M. (2010). Changes in undergraduate students' psychological well-being as they progress through university. *Studies in Higher Education*, 35(6), 633–645. doi:10.1080/03075070903216643
- Bjelland, I., Dahl, A. a, Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52(2), 69–77. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11832252>.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D., Grant, B. Liu, S., et al. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65 (12), 1429–1437. doi:10.1001/archpsyc.65.12.1429
- Bostani, M., & Saiari, A. (2011). Comparison emotional intelligence and mental health between athletic and non-athletic students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2259–2263. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.441
- Buckner, J., Ecker, A., & Cohen, A. (2010). Mental health problems and interest in marijuana treatment among marijuana-using college students. *Addictive Behaviors*, 35(9), 826–833. doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.04.001.
- Braithwaite, S. R., Delevi, R., & Fincham, F. D. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal Relationships*, 17(1), 1–12. doi:10.1111/j.1475-6811.2010.01248.x
- Brodbeck, J., Matter, M., Page, J., & Moggi, F. (2007). Motives for cannabis use as a moderator variable of distress among young adults. *Addictive behaviors*, 32(8), 1537–1545. doi:10.1016/j.addbeh.2006.11.012
- Calado, C. R. (2011). Consumo de drogas lícitas e não lícitas no estudante universitário (Tese de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Campos, A. C. (2007). Relatório da proposta do plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007/2016. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Retrieved from <http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>
- Canavaro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.

- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carlini, E. A., Nappo, S. A., & Noto, A. R. (2001). Drogas psicotrópicas – o que são e como agem. *Revista Imesc*, 3, 9-35.
- Castillo, L. G., & Schwartz, S. J. (2013). Introduction to the special issue on college student mental health. *Journal of clinical psychology*, 69(4), 291–297. doi:10.1002/jclp.21972
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (1997). Youth risk behavior surveillance: National College Health Risk Behavior Survey – United States 1995. *Surveillance Summaries*, 46 (SS-6), 1-54.
- Chaves, C., Pereira A., Martins, R., Coutinho, E., Nelas, P. & Ferreira, M. (2010). Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior. *Apoio psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas - I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 210-218). Lisboa: RESAPES-AP.
- Colby, S. M., Colby, J. J., & Raymond, G. A. (2009). College versus the real world: student perceptions and implications for understanding heavy drinking among college students. *Addictive behaviors*, 34(1), 17–27. doi:10.1016/j.addbeh.2008.07.023
- Costa, E. S., & Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior – Avaliar para intervir: Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto: Universidade do Porto, pp. 213–216.
- Cramer, J. A., Brandenburg, N., & Xu, X. (2005). Differentiating anxiety and depression symptoms in patients with partial epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 6(4), 563 – 569. doi: 10.1016/j.bbr.2011.03.031.
- Cranford, J. a, Eisenberg, D., & Serras, A. M. (2009). Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive behaviors*, 34(2), 134–145. doi:10.1016/j.addbeh.2008.09.004
- Crawford, J. R., Henry, J. D., Crombie, C., & Taylor, E. P. (2001). Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 429–434. doi: 10.1348/014466501163904
- Dennhardt, A. a, & Murphy, J. G. (2013). Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature. *Addictive behaviors*, 38(10), 2607–2618. doi:10.1016/j.addbeh.2013.06.006
- Derogatis, L. R. (1982). Self-report measures of stress. In L. Goldberger & S. Brenznitz (Eds.), *Handbook of stress* (pp. 270-294). New York: Free Press.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595–605.
- Dias, M. G. F. F. (1996). Tarefas desenvolvimentais e bem-estar psicológico dos jovens (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Porto.
- Dyrbye L., Thomas, M., & Shanafelt, T. (2006). Systematic review of depression, anxiety and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine*, 81 (4), 354-373.

- Eggleston, A. M., Woolaway-Bickel, K., & Schmidt, N. B. (2004). Social anxiety and alcohol use : evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies. *Anxiety Disorders, 18*(1), 33–49. doi:10.1016/j.janxdis.2003.07.005
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(4), 534–542. doi: 10.1037/0002-9432.77.4.534
- Erdur-Baker, O., Aberson, C. L., Barrow, J. C., & Draper, M. R. (2006). Nature and severity of college students' psychological concerns: A comparison of clinical and nonclinical national samples. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(3), 317–323. doi:10.1037/0735-7028.37.3.317
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Swain-campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction, 97*(9), 1123–1135. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00103.x
- Field, T., Diego, M., Pelaez, M., Deeds, O., & Delgado, J. (2011). Breakup distress in university students: a review. *College Student Journal, 45*(3), 461–481.
- Fisher, S., & Hood, B. (1987). The stress of the transition to university: A longitudinal study of psychological disturbance, absent-mindedness and vulnerability to homesickness. *British Journal of Psychology, 78*(4), 425 – 441. doi: 10.1111/j.2044-8295.1987.tb02260.x
- Futterman, D. C. (2005). HIV in adolescents and young adults: half of all new infections in the United States. *Topics in HIV medicine: a publication of the International AIDS Society, USA, 13*(3), 101–105. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16170227>
- Gallagher, R., Gill, A., & Sysko, H. (2000). National survey of counseling center directors 2000. Alexandria, VA: International Association of Counseling Services.
- Gallagher, R. P. (2010). National Survey of Counseling Center Directors. University of Pittsburgh, Pittsburgh.
- Gallagher, R. P. (2013). National Survey of College Counseling Centers, section three : Counseling center clinicians. University of Pittsburgh, Pittsburgh.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., et al. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and anxiety, 25*(6), 482–488. doi:10.1002/da.20321
- Gordon-Larsen, P., Nelson, M. C., & Popkin, B. M. (2004). Longitudinal physical activity and sedentary behavior trends: adolescence to adulthood. *American journal of preventive medicine, 27*(4), 277–283. doi:10.1016/j.amepre.2004.07.006
- Green, J., Lowry, J., & Kopta, S. M. (2003). College students versus college counselling center clients: what are the differences? *Journal of College Student Psychotherapy, 17* (4), 25-37. doi:10.1300/J035v17n04\_05
- Green, M. P., McCausland, K. L., Xiao, H., Duke, J. C., Vallone, D. M., & Heaton, C. G. (2007). A closer look at smoking among young adults: where tobacco control should focus its attention. *American journal of public health, 97*(8), 1427–1433. doi:10.2105/AJPH.2006.103945

- Hawker, C. L. (2012). Physical activity and mental well-being in student nurses. *Nurse education today*, 32(3), 325–331. doi:10.1016/j.nedt.2011.07.013
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale- A review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research*, 42(1), 17–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9055211>
- Hoaken, P. N. S., & Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1533–1554. doi:10.1016/j.addbeh.2003.08.033
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 46(1), 3–10. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.08.008
- Hunt, J., Eisenberg, D., & Kilbourne, A. M. (2010). Consequences of receipt of a psychiatric diagnosis for completion of college. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 61(4), 399–404. doi:10.1176/appi.ps.61.4.399
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2012). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research*, 47(3), 391–400. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.11.015
- Kettmann, J. D. J., Schoen, E. G., Moel, J. E., Cochran, S. V., Greenberg, S. T., & Corkery, J. M. (2007). Increasing severity of psychopathology at counseling centers: A new look. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 523–529. doi:10.1037/0735-7028.38.5.523
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S. R., Kroenke, K., & Dhingra, S. S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 126–133. doi.org/10.1080/07448481.2011.608393
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical psychology review*, 25(7), 841–861. doi:10.1016/j.cpr.2005.06.002
- Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders : a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 149–171.
- Kwan, M. Y., Cairney, J., Faulkner, G. E., & Pullenayegum, E. E. (2012). Physical Activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood a longitudinal cohort study. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(1), 14–20. doi:10.1016/j.amepre.2011.08.026
- Leeman, R. F., Toll, B. A., Taylor, L. A., & Volpicelli, J. R. (2009). Alcohol-induced disinhibition expectancies and impaired control as prospective predictors of problem drinking in undergraduates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 553–563. doi: 10.1037/a0017129
- Lewis, M. A., Neighbors, C., Geisner, I. M., Lee, C. M., Kilmer, J. R., & Atkins, D. C. (2010). Examining the associations among severity of injunctive drinking norms, alcohol consumption, and alcohol-related



- negative consequences: The moderating roles of alcohol consumption and identity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(2), 177-189. doi: 10.1037/a0018302
- Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 14(1), 31-41.
- Loureiro, E., McIntyre, T., Mota-Cardoso, R., & Ferreira, M. A. (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina do Porto. *Acta Médica Portuguesa*, 21 (3), 209-214.
- Lucas, C., Oliveira, F., & Soares, L. (2010). “Crenças”, “porquês” e “ses” relativos à procura de ajuda psicológica: caracterização preliminar numa amostra de alunos universitários. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 480-486). Lisboa: RESAPES-AP.
- Macaskill, A. (2012). The mental health of university students in the United Kingdom. *British Journal of Guidance & Counselling*, 41(4), 426-441. doi:10.1080/03069885.2012.743110
- Marcus, M., Yasamy, M. T., Ommeren, M., & Chisholm, D. (2012). Depression a global public health concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*, 6-8.
- McCabe, S. E. (2005). Correlates of nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics: results from a national survey of U.S. college students. *Drug and alcohol dependence*, 79(1), 53-62. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.12.006
- McCave, E. L., Chertok, I. R. A., Winter, V. R., & Haile, Z. T. (2013). Sexual health behaviors in a random sample of students at a Mid-Atlantic university : 2010 – 2011. *Journal of Community Health*, 38(2), 310-319. doi:10.1007/s10900-012-9616-2
- Mendonça, M., Andrade, C., & Fontaine, A. M. (2009). Transição para a idade adulta e adultez emergente: adaptação do Questionário de Marcadores de Adultez junto de jovens portuguesas. *Psychologica*, 51, 147-168.
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-gaziola, et al. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23(6), 893-907.
- Midanik, L. T., Tam, T. W., & Weisner, C. (2007). Concurrent and simultaneous drug and alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey. *Drug and alcohol dependence*, 90(1), 72-80. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.02.024
- Miller, K. E. (2012). Casual, intoxicated, and unprotected sex. *Journal of Caffeine Research*, 2(2), 62-69. doi:10.1089/caf.2012.0015
- Mohammadkhani, P., Dobson, K. S., Amiri, M., & Ghafari, F. H. (2010). Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory in a sample of recovered Iranian depressed patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 541-551.
- Monteiro, S. (2008). O otimismo e vinculação na transição para o ensino superior (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Morris, E. P., Stewart, S. H., & Ham, L. S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 734-760. doi:10.1016/j.cpr.2005.05.004

- Musselman, J. R. B., & Rutledge, P. C. (2010). The incongruous alcohol-activity association: Physical activity and alcohol consumption in college students. *Psychology of Sport and Exercise, 11*(6), 609–618. doi:10.1016/j.psychsport.2010.07.005
- Nguyen-Michel, S. T., Unger, J. B., Hamilton, J., & Spruijt-Metz, D. (2006). Associations between physical activity and perceived stress/hassles in college students. *Stress and Health, 22*(3), 179–188. doi:10.1002/smi.1094
- Nicholi, A. M. (1983). The college student and marijuana: Research findings concerning adverse biological and psychological effects. *Journal of the American College Health Association, 32*(2), 73-77. doi: 10.1080/07448481.1983.9936145
- Noorden, M. S., Giltay, E. J., Hollander-Gijsman, M. E., Wee, N. J. A., Veen, T., & Zitman, F. G. (2010). Gender differences in clinical characteristics in a naturalistic sample of depressive outpatients: the Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Journal of affective disorders, 125*(1-3), 116–123. doi:10.1016/j.jad.2009.12.007
- O’Grady, K. E., Arria, A. M., Fitzelle, D. M. B., & Wish, E. D. (2008). Heavy drinking and polydrug use among college students. *Journal of Drug Issues, 38*(2) 445–465. doi: 10.1177/002204260803800204
- O’Malley, P. M., & Johnston, L. D. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among american college students. *Journal of Studies on Alcohol. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 14*, 23-39.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, a, Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine, 12*(2), 225–235. doi:10.1080/13548500500524088
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (3<sup>rd</sup> ed.)*. Berkshire: Open University Press.
- Park, S., Cho, M. J., Cho, S. J., Bae, J. N., Lee, J. Y., Park, J. I., et al. (2011). Relationship between physical activity and mental health in a nationwide sample of Korean adults. *Psychosomatics, 52*(1), 65–73. doi:10.1016/j.psych.2010.11.017
- Pedersen, D. E. (2013). Gender differences in college binge drinking: Examining the role of depression and school stress. *The Social Science Journal*. doi:10.1016/j.soscij.2013.03.003
- Pedrelli, P., Bitran, S., Shyu, I., Baer, L., Guidi, J., Tucker, D. D., et al. (2010). Compulsive alcohol use and other high-risk behaviors among college students. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions, 20*(1), 14–20. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00090.x
- Pereira, A.M.S. (1999). *Avaliação dos interesses e práticas saudáveis dos estudantes universitários: Tradução e adaptação do Questionário da UNI (Universidade de Northern Iowa)*. Coimbra: FCDEF Universidade de Coimbra.
- Prendergrast, M. L. (1994). Substance use and abuse among college students: A review of recent literature. *Journal of American College Health, 43*(3) , 99–113. doi:10.1080/07448481.1994.9939094
- Read, J. P., Beattie, M., Chamberlain, R., & Merrill, J. E. (2008). Beyond the “Binge” threshold: heavy drinking patterns and their association with alcohol involvement indices in college students. *Addictive behaviors, 33*(2), 225–234. doi:10.1016/j.addbeh.2007.09.001



- Ribeiro, M. I., & Fernandes, A. J. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do Ensino Superior Público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), 99-113. Retrieved from [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S164500862009000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862009000100008&lng=pt&nrm=iso)
- Rosenthal, B., & Wilson, C. (2008). Mental health services: use and disparity among diverse college students. *Journal of American College Health*, 57 (1), 61-67. doi: 10.3200/JACH.57.1.61-68
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2008). Salud mental de estudiantes con y sin apoyo psicológico. In I. Salazar, & V. Caballo (Orgs.), *Actas del II Symposium Internacional sobre Psicología Clínica e de la Salud* (p.19). Granada: Distribuciones Reprográficas Granada S. L.
- Santos, L., Veiga, F., & Pereira, A. (2009). Drinking patterns among Portuguese university students: gender differences and association with self-perception of mental health. Oral communication presented at the 11th European Congress of Psychology: A Rapidly Changing World – Challenges for Psychology. Oslo, Norway.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. H. (2010). Será que a saúde mental dos estudantes universitários tem vindo a piorar? Revisão de literatura. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas - I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 525-531). Lisboa: RESAPES-AP.
- Santos, M. L. R. R. (2011). Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Schwartz, A. J. (2006). Are college students more disturbed today? Stability in the acuity and qualitative character of psychopathology of college counseling center clients: 1992–1993 through 2001–2002. *Journal of American College Health*, 54(6), 327 – 337. doi: 10.3200/JACH.54.6.327-337
- Scott-Sheldon, L. a J., Carey, M. P., & Carey, K. B. (2010). Alcohol and risky sexual behavior among heavy drinking college students. *AIDS and behavior*, 14(4), 845–853. doi:10.1007/s10461-008-9426-9
- Seco, G. M. S. B., Casimiro, M. C. S. M., Pereira, M. I. A. R., Dias, M. I. P. S., & Custódio, S. M. R. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Instituto Politécnico de Leiria. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.8/19>.
- Sidana, S., Kishore, J., Ghosh, V., Gulati, D., Jiloha, R., & Anand, T. (2012). Prevalence of depression in students of a medical college in New Delhi: A cross-sectional study. *The Australasian medical journal*, 5(5), 247–250. doi:10.4066/AMJ.2012.750
- Silverman, M. M., Meyer, P. M., Sloane, F., Raffel, M., & Pratt, D. M. (1997). The big ten student suicide study: a 10-year study of suicides on midwestern university campuses. *Suicide & life-threatening behavior*, 27(3), 285–303. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9357084>. doi: 10.1111/j.1943-278X.1997.tb00411.x
- Simons, J. S., Christopher, M. S., & McLaury, A. E. (2004). Personal strivings, binge drinking, and alcohol-related problems. *Addictive behaviors*, 29(4), 773–779. doi:10.1016/j.addbeh.2004.02.006
- Tavares, J., Pereira, A. S., Gomes, A. A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

- Taylor, J. (2006). Life events and peer substance use and their relation to substance use problems in college students. *Journal of Drug Education*, *36*(2), 179-191. doi: 10.2190/1MNH-ARUD-R57K-7710
- Tomlinson, K. L., Cummins, K. M., & Brown, S. A. (2013). Social anxiety and onset of drinking in early adolescence. *Journal of child & adolescent substance abuse*, *22*(2), 163–177. doi:10.1080/1067828X.2012.747994
- Toprak, S., Cetin, I., Guven, T., Can, G., & Demircan, C. (2011). Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry research*, *187*(1-2), 140–144. doi:10.1016/j.psychres.2010.09.009
- Tyson, P., Wilson, K., Crone, D., Brailsford, R., & Laws, K. (2010). Physical activity and mental health in a student population. *Journal of mental health*, *19*(6), 492–499. doi:10.3109/09638230902968308
- Vázquez, F. L., Otero, P., & Díaz, O. (2012). Psychological distress and related factors in female college students. *Journal of American College Health*, *60*(3), 219–225. doi:org/10.1080/07448481.2011.587485
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T. F., & Lee, H. (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts- findings from 4 harvard school of public health college alcohol study surveys: 1993–2001. *Journal of american college health*, *50*(5), 203 – 217. doi: 10.1080/07448480209595713
- Wicki, M., Kuntsche, E., & Gmel, G. (2010). Addictive behaviors drinking at European universities? A review of students ' alcohol use. *Addictive Behaviors*, *35*(11), 913–924. doi:10.1016/j.addbeh.2010.06.015
- Wingo, J., Kalkut, E., Tuminello, E., Asconape, J., & Han, S. D. (2013). Executive functions, depressive symptoms, and college adjustment in women. *Applied neuropsychology: Adult*, *20*(2), 136–144. doi:10.1080/09084282.2012.670154
- World Health Organization [WHO]. (2009). Portugal - Effective and humane mental health treatment and care for all. Ministry of Health Portugal & Department of Mental Health and Substance Abuse. Retrieved 21 setembro 2013, from [http://www.who.int/mental\\_health/policy/country/countrysummary/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/country/countrysummary/en/)
- You, S., Merritt, R. D., & Conner, K. R. (2009). Do gender differences in the role of dysfunctional attitudes in depressive symptoms depend on depression history? *Personality and individual differences*, *46*(2), 218–223. doi:10.1016/j.paid.2008.10.002
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361 – 370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of affective disorders*, *117*(3), 180–185. doi:10.1016/j.jad.2009.01.001
- Zoger, S., Svedlund, J., & Holgers, K. M. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) as a screening instrument in tinnitus evaluation. *International Journal of Audiology*, *43*(8), 458 – 464. doi:10.1080/14992020400050058

## **Anexos**

---

ANEXO 1

FICHA DE DADOS PESSOAIS – PLATAFORMA ONLINE

---

## **Estudo sobre a caracterização da saúde mental dos estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra**

No âmbito de um estudo sobre a caracterização da saúde mental dos estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra, solicitamos a sua colaboração no sentido de dar um maior contributo para o conhecimento desta temática. Trata-se de um estudo anónimo e confidencial, no qual a sua opinião é muito importante, não existindo respostas certas ou erradas, pelo que solicitamos que responda com sinceridade às perguntas, assinalando com um **X** a opção escolhida. Agradecemos a sua colaboração.

### **Caracterização sócio-demográfica**

1. **Sexo:** M  F
2. **Idade:** \_\_\_\_\_
3. **Nacionalidade:** Portuguesa  Outra: \_\_\_\_\_
4. **Estado Civil:** Solteiro(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)  União Facto
5. **Escola/Instituto Politécnico que frequenta:**
  - ISCAC (Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra)
  - ESAC (Escola Superior Agrária de Coimbra)
  - ESTeSC (Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Coimbra)
  - ISEC (Instituto Superior de Engenharia de Coimbra)
  - ESEC (Escola Superior de Educação de Coimbra)
  - ESTGOH (Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Oliveira do Hospital)
6. **Curso que frequenta:** \_\_\_\_\_
7. **Ciclo e ano de frequência:**
  - 1º Ciclo: 1º Ano  2º Ano  3º Ano  4º Ano
  - 2º Ciclo: 1º Ano  2º Ano
  - 3º Ciclo: 1º Ano  2º Ano  3º Ano
8. **Número de matrículas:** \_\_\_\_\_
9. **Encontra-se deslocado do seu agregado familiar para estudar?** Sim  Não
10. **Atualmente recebe algum tipo de apoio psicológico?** Sim  Não 
  - 10.1 Se sim, onde?
    - Gabinete de Psicologia dos SASIPC
    - Gabinete de Psicologia do ISEC
    - Particular
    - Outra: \_\_\_\_\_
11. **Atualmente recebe algum tipo de apoio psiquiátrico?** Sim  Não 
  - 11.1 Se sim, onde? \_\_\_\_\_

**12. Já, em algum momento, no passado, recorreu a apoio psicológico e/ou psiquiátrico?**

Sim  Não

12.1 Se sim, quando foi a última vez que recorreu a este(s) tipo(s) de apoio? \_\_\_\_\_

**13. Toma regularmente medicação?** Sim  Não

13.1 Se sim, para quê? \_\_\_\_\_

ANEXO 2

FICHA DE DADOS PESSOAIS – QUESTIONÁRIO PRESENCIAL

---

## **Estudo sobre a caracterização da saúde mental dos estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra**

---

No âmbito de um estudo sobre a caracterização da saúde mental dos estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra, solicitamos a sua colaboração no sentido de dar um maior contributo para o conhecimento desta temática. Trata-se de um estudo anónimo e confidencial, no qual a sua opinião é muito importante, não existindo respostas certas ou erradas, pelo que solicitamos que responda com sinceridade às perguntas, assinalando com um **X** a opção escolhida. Agradecemos a sua colaboração.

---

### **Caracterização sócio-demográfica**

1. **Sexo:** M  F
2. **Idade:** \_\_\_\_\_
3. **Nacionalidade:** Portuguesa  Outra: \_\_\_\_\_
4. **Estado Civil:** Solteiro(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)  União Facto
5. **Escola/Instituto Politécnico que frequenta:**
  - ISCAC (Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra)
  - ESAC (Escola Superior Agrária de Coimbra)
  - ESTeSC (Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Coimbra)
  - ISEC (Instituto Superior de Engenharia de Coimbra)
  - ESEC (Escola Superior de Educação de Coimbra)
  - ESTGOH (Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Oliveira do Hospital)
6. **Curso que frequenta:** \_\_\_\_\_
7. **Ciclo e ano de frequência:**
  - 1º Ciclo: 1ºAno  2ºAno  3ºAno  4ºAno
  - 2º Ciclo: 1ºAno  2ºAno
  - 3º Ciclo: 1ºAno  2ºAno  3ºAno
8. **Número de matrículas:** \_\_\_\_\_
9. **Encontra-se deslocado do seu agregado familiar para estudar?** Sim  Não
10. **É a primeira vez que recorre ao apoio psicológico?** Sim  Não 
  - 10.1 Se não, quando foi a última vez que recorreu a este tipo de apoio? \_\_\_\_\_
11. **Já, em algum momento da sua vida, recorreu a apoio psiquiátrico?** Sim  Não 
  - 11.1 Se sim, quando foi a última vez que recorreu a este tipo de apoio? \_\_\_\_\_
12. **Toma regularmente medicação?** Sim  Não 
  - 12.1 Se sim, para quê? \_\_\_\_\_



ANEXO 3  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

## Anexo 3A – Consentimento Informado: Questionário Presencial



### Consentimento Informado para Participação em Investigação



Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, da aluna Maria Constança de Barbosa Mendonça de Moraes Sarmiento, sob orientação científica da Professora Doutora Sara Monteiro e coorientação da Professora Doutora Anabela Pereira.

Este estudo consiste na caracterização da saúde mental e dos comportamentos de risco dos estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra. Para o efeito, solicitamos o preenchimento do presente questionário.

A participação no estudo é voluntária, não sendo oferecida qualquer remuneração ou gratificação. Garantimos a confidencialidade e anonimato e uso exclusivo dos dados recolhidos para efeitos de investigação. Poderá desistir do preenchimento do questionário, em qualquer momento.

A equipa do projeto agradece a sua disponibilidade e colaboração.

  
\_\_\_\_\_  
(Constança Sarmiento)  
  
\_\_\_\_\_  
(Prof. Doutora Sara Monteiro)

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

*Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela equipa de investigação.*

Assinatura: .....

Data: ..... / ..... / .....

Para mais informações e/ou esclarecimentos contactar: [smonteiro@ua.pt](mailto:smonteiro@ua.pt) ou [mariacostanca@ua.pt](mailto:mariacostanca@ua.pt).

## Anexo 3B – Consentimento Informado: Plataforma Online

### Consentimento Informado para Participação em Investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, da aluna Maria Constança de Barbosa Mendonça de Morais Sarmiento, sob orientação científica da Professora Doutora Sara Monteiro e coorientação da Professora Doutora Anabela Pereira.

Este estudo consiste na caracterização da saúde mental e dos comportamentos de risco dos estudantes do Instituto Politécnico de Coimbra. Para o efeito, solicitamos o preenchimento do presente questionário.

A participação no estudo é voluntária, não sendo oferecida qualquer remuneração ou gratificação. Garantimos a confidencialidade e anonimato e uso exclusivo dos dados recolhidos para efeitos de investigação. Poderá desistir do preenchimento do questionário, em qualquer momento.

A equipa do projeto agradece a sua disponibilidade e colaboração.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, colocar uma cruz (X) no espaço referente à opção “**Aceito** participar neste estudo”.

**Aceito** participar neste estudo

**Não aceito** participar neste estudo

Para mais informações e/ou esclarecimentos contactar: smonteiro@ua.pt ou mariaconstanca@ua.pt.

ANEXO 4

PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

---

**Anexo 4A – Autorização: Instrumento BSI**

**From:** Maria Sarmento <[mariaconstanca@ua.pt](mailto:mariaconstanca@ua.pt)>  
**Date:** Terça-feira, 22 de Janeiro de 2013 23:44  
**To:** "[mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)" <[mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)>  
**Subject:** Pedido de autorização para utilização do instrumento BSI  
**Cc:** smonteiro@ua.pt <[smonteiro@ua.pt](mailto:smonteiro@ua.pt)>;

Maria Constança de Barbosa  
Mendonça de Moraes Sarmento

Aveiro, 22 de Janeiro de 2013

Exma Professora Doutora Maria Cristina Canavarro:

No âmbito do segundo ciclo de estudos em Psicologia pela Universidade de Aveiro, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, encontro-me neste momento a desenvolver um projeto de investigação com o objetivo geral de avaliar a saúde mental dos estudantes universitários do Instituto Politécnico de Coimbra.

Para a realização do mesmo necessito de recolher informação através da utilização de instrumentos de avaliação específicos. Assim, venho por este meio pedir autorização para a utilização da versão portuguesa do instrumento BSI cuja autoria é da Senhora Professora Doutora Maria Cristina Canavarro.

Este trabalho de investigação decorre sob a orientação da Professora Doutora Sara Monteiro (docente do departamento de educação da Universidade de Aveiro).

Agradeço desde já toda a atenção.  
Com os melhores cumprimentos,

A equipa da investigação,  
Professora Doutora Sara Monteiro  
Constança Sarmento

---

**Re:** Pedido de autorização para utilização do instrumento BSI  
**From:** Cristina Canavarro <[mccanavarro@netcabo.pt](mailto:mccanavarro@netcabo.pt)>  
**Date:** Quarta-feira, 23 de Janeiro de 2013 10:36  
**To:** Maria Sarmento <[mariaconstanca@ua.pt](mailto:mariaconstanca@ua.pt)>

Cara Dra. Maria Sarmento,

Na sequência do seu pedido, convido-a a visitar a nossa página web <http://www.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm> e a preencher o formulário que nela pode encontrar relativo à utilização do instrumento de avaliação que pretende, para que lho possa enviar, bem como as respetivas informações.

Aguardando o seu contacto, envio os melhores cumprimentos  
MCristina Canavarro

.....  
Maria Cristina Canavarro  
Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-EPE, Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) da  
Maternidade Daniel de Matos  
[[mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)][mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)  
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

---

**From:** Maria Sarmento <[mariaconstanca@ua.pt](mailto:mariaconstanca@ua.pt)>  
**Date:** Terça-feira, 29 de Janeiro de 2013 09:23  
**To:** "[mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)" <[mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)>  
**Subject:** Pedido de autorização para utilização do instrumento BSI

Exma Professora Doutora Maria Cristina Canavarro:

Na sequência do seu pedido, em anexo envio o formulário com os dados referentes ao meu estudo. Agradeço toda a sua disponibilidade e atenção.

Com os melhores cumprimentos,

A equipa da investigação,  
Professora Doutora Sara Monteiro  
Constança Sarmento

---

**Re:** Pedido de autorização para utilização do instrumento BSI  
**From:** Cristina Canavarro <[mccanavarro@netcabo.pt](mailto:mccanavarro@netcabo.pt)>  
**Date:** Terça-feira, 29 de Janeiro de 2013 15:05  
**To:** Maria Sarmento <[mariaconstanca@ua.pt](mailto:mariaconstanca@ua.pt)>;  
2 anexos  
BSI.pdf; 2007\_Inventario\_de\_Sintomas\_Psicopatologicos.pdf;

Cara Dra. Constança Sarmento,

Está autorizada a utilizar a versão portuguesa do BSI, da qual sou autora e que envio em anexo. Para conhecer dados relativos a procedimentos de passagem e cotação, bem como informações sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar bibliografia indicada na nossa página web <http://www.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>. Em anexo, envio também capítulo de livro, que se encontra esgotado.

Com os melhores cumprimentos,  
MCristina Canavarro

.....  
Maria Cristina Canavarro  
Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-EPE, Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) da  
Maternidade Daniel de Matos  
[[mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)][mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)  
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

# FORMULÁRIO Brief Symptom Inventory (BSI)\*

M. C. Canavarro 1995, Versão Portuguesa do BSI (L.R. Derogatis, 1993)

## 1. Identificação do Estudo/Projecto

---

---

## 2. Identificação do Investigador Responsável

[para alunos] Orientador/supervisor de projecto/tese

Nome:

Morada:

E-mail:

## 3. Identificação dos elementos da equipa do projecto

---

---

---

---

## 4. Objectivos do Projecto

---

---

---

## 5. Dados Metodológicos

### 5.1. Tipo de população

---

---

### 5.2. Tamanho da amostra

---

---

### 5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

---

---

\* Enviar por e-mail: [mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)

## Anexo 4C Autorização: Instrumento HADS

**De:** Maria Sarmento [[mariaconstanca@ua.pt](mailto:mariaconstanca@ua.pt)]

**Enviado:** Terça-feira, 22 de Janeiro de 2013 23:36

**Para:** José Luis Pais Ribeiro

**Cc:** smonteiro@ua.pt

**Assunto:** Pedido de autorização para utilização do instrumento HADS

Maria Constança de Barbosa  
Mendonça de Morais Sarmento

Aveiro, 22 de Janeiro de 2013

Exmo Senhor Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro:

No âmbito do segundo ciclo de estudos em Psicologia pela Universidade de Aveiro, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, encontro-me neste momento a desenvolver um projeto de investigação com o objetivo geral de avaliar a saúde mental dos estudantes universitários do Instituto Politécnico de Coimbra.

Para a realização do mesmo necessito de recolher informação através da utilização de instrumentos de avaliação específicos.

Assim, venho por este meio pedir autorização para a utilização da versão portuguesa do instrumento HADS cuja autoria é do Senhor Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro.

Este trabalho de investigação decorre sob a orientação da Professora Doutora Sara Monteiro (docente do departamento de educação da Universidade de Aveiro).

Agradeço desde já toda a atenção.  
Com os melhores cumprimentos,

A equipa da investigação,  
Professora Doutora Sara Monteiro  
Constança Sarmento

---

**Re:** Pedido de autorização para utilização do instrumento HADS

**From:** José Luis Pais Ribeiro <[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)>

**Date:** Quarta-feira 23 de Janeiro de 2013 08:47

**To:** Maria Sarmento <[mariaconstanca@ua.pt](mailto:mariaconstanca@ua.pt)>;

Não me oponho à utilização da versão portuguesa da HADS cuja adaptação para a população portuguesa estudei e publiquei

José Luís Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>



ANEXO 5  
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

---

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>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</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"/> |
| 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 atividades 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"/> |

## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (EADH)

(Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, et al., 2007)

---

Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz (X) em cada pergunta.

---

**1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:**

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

**3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:**

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

**4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

**5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

**6. Sinto-me animado/a:**

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

**7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:**

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

**10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:**

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

**11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:**

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

**12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

**13. De repente, tenho sensações de pânico:**

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

**14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:**

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

**QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ESTUDANTES  
UNIVERSITÁRIOS (QCREU)**  
(Santos, 2011)

---

Com este questionário pretende-se caracterizar os comportamentos de risco no estudante do Ensino Superior. As respostas são confidenciais, pelo que pedimos que seja o mais sincero possível. Marque com **um círculo apenas uma** resposta em cada questão.

---

**1) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias fumou cigarros?**

- a) 0 dias
- b) 1 dia
- c) 2 a 4 dias
- d) 2 a 3 dias por semana
- e) 4 ou mais dias por semana

**2) Nos últimos 30 dias, tendo em conta os dias em que fumou, quantos cigarros fumou por dia?**

- a) Não fumei nos últimos 30 dias
- b) 1 a 5 cigarros por dia
- c) 6 a 10 cigarros por dia
- d) 11 a 20 cigarros por dia
- e) Mais do que 20 cigarros por dia

**3) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu pelo menos uma bebida alcoólica?**

- a) 0 dias
- b) 1 dia
- c) 2 a 4 dias
- d) 5 a 14 dias
- e) 15 dias ou mais

**4) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu 5 (4 se for mulher) ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, em apenas algumas horas?**

- a) 0 dias
- b) 1 dia
- c) 2 a 4 dias
- d) 5 a 14 dias
- e) 15 dias ou mais

**5) Que tipo de bebidas alcoólicas ingere com mais frequência?**

- a) Não consumo bebidas alcoólicas
- b) Cerveja
- c) Vinho
- d) Bebidas destiladas (Vodka, Whisky, licores...)
- e) Shots

**6) Que tipo de bebidas alcoólicas ingere em festas académicas?**

- a) Não vou a festas académicas/ não consumo bebidas alcoólicas nas festas académicas
- b) Cerveja
- c) Vinho
- d) Vodka e Whisky, licores e bebidas espirituosas
- e) Shots

**7) Que quantidade de bebidas alcoólicas costuma ingerir em festas académicas?**

- a) Não vou a festas académicas/ não consumo bebidas alcoólicas em festas académicas
- b) 1 a 2 copos
- c) 3 a 4 copos
- d) 5 a 8 copos
- e) mais de 8 copos

**8) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou marijuana?**

- a) 0 vezes
- b) 1 vez
- c) 2 ou 5 vezes
- d) 6 a 9 vezes
- e) 10 ou mais vezes

**9) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu cocaína (pó, crack, base, etc)?**

- a) 0 vezes
- b) 1 vez
- c) 2 ou 5 vezes
- d) 6 a 9 vezes
- e) 10 ou mais vezes

**10) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu tranquilizantes (valium, etc.) ou barbitúricos (calmantes, vermelhos, amarelos, etc.) sem o consentimento médico?**

- a) 0 vezes
- b) 1 vez
- c) 2 ou 5 vezes
- d) 6 a 9 vezes
- e) 10 ou mais vezes

**11) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu drogas sintéticas (ecstasy, LSD, ácido, cogumelos, mescalino, anfetaminas, etc.)?**

- a) 0 vezes
- b) 1 vez
- c) 2 ou 5 vezes
- d) 6 a 9 vezes
- e) 10 ou mais vezes

**12) Durante os últimos 12 meses teve...**

- a) 0 parceiros sexuais
- b) 1 parceiro sexual
- c) 2 parceiros sexuais
- d) 3 parceiros sexuais
- e) Mais do que 3 parceiros sexuais

**13) Durante os últimos 12 meses com que frequência você ou o seu parceiro usaram preservativo durante a atividade sexual (vaginal, oral ou anal)?**

- a) Não tive parceiro sexual
- b) Nunca (0% das vezes)
- c) Às vezes (1 a 50% das vezes)
- d) Habitualmente (51 a 99% das vezes)
- e) Sempre (100% das vezes)

**14) Durante os últimos 12 meses teve relações sexuais (vaginais, orais, anais) depois de ter consumido álcool, que não ocorreriam caso não tivesse bebido?**

- a) 0 vezes
- b) 1 vez
- c) 2 vezes
- d) 3 vezes
- e) Mais do que 3 vezes

**15) Já realizou alguma vez o teste para a infeção por VIH/SIDA?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei



**16) Durante os últimos 30 dias comeu frutas, vegetais ou produtos com fibras?**

- a) Menos do que 3 doses por semana
- b) 3 a 6 doses por semana
- c) 1 dose por dia
- d) 2 a 3 doses por dia
- e) 4 ou mais doses por dia

**17) Durante os últimos 30 dias ingeriu bebidas ricas em cafeína (ex. café, chá, coca-cola, redbull)?**

- a) Nunca
- b) Menos de 1 dose por dia
- c) 1 a 2 doses por dia
- d) 3 a 4 doses por dia
- e) 5 ou mais doses por dia

**18) Durante os últimos 30 dias, ingeriu comida rápida (hambúrgueres, cachorros quentes, pizzas, etc.)...**

- a) 0 vezes
- b) 1 a 2 vezes
- c) 3 a 5 vezes
- d) 6 a 10 vezes
- e) Mais do que 10 vezes

**19) Durante os últimos 30 dias ingeriu alimentos com açúcar adicionado (ex. refrigerantes, doces, sobremesas)**

- a) Menos do que 3 doses por semana
- b) 3 a 6 doses por semana
- c) 1 dose por dia
- d) 2 a 3 doses por dia
- e) 4 ou mais doses por dia

**20) Durante os últimos 30 dias, tomou o pequeno almoço?**

- a) 0 vezes
- b) 1 a 4 vezes
- c) 5 a 9 vezes
- d) 10 a 19 vezes
- e) 20 ou mais

**21) Durante os últimos 30 dias, praticou exercício ou atividade física (como basquetebol, jogging, natação, ténis, andar de bicicleta, levantamento de pesos...)?**

- a) 0 vezes
- b) 1 vez por semana (ex. ao fim de semana)
- c) 2 a 3 vezes por semana
- d) 4 a 6 vezes por semana
- e) 7 vezes por semana

**22) Durante os últimos 30 dias, com que frequência usou cinto de segurança quando viajou de carro (como condutor e/ou passageiro)?**

- a) Não estive num carro
- b) Nunca (0% das vezes)
- c) Às vezes (1 a 50% das vezes)
- d) Habitualmente (51% a 99% das vezes)
- e) Sempre (100% das vezes)

**23) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes andou de carro ou outro veículo, conduzido por outra pessoa que tivesse consumido álcool?**

- a) 0 vezes
- b) 1 vez
- c) 2 ou 3 vezes
- d) 4 ou 5 vezes
- e) 6 ou mais vezes

**24) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes conduziu um carro ou outro veículo, depois de ter consumido álcool?**

- a) 0 vezes
- b) 1 vez
- c) 2 ou 3 vezes
- d) 4 ou 5 vezes
- e) 6 ou mais vezes

ANEXO 6

COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO CLÍNICO E NÃO CLÍNICO QUANTO AOS  
COMPORTAMENTOS DE RISCO

---

Comportamentos de Risco	$\bar{x}$	Grupo Clínico		Grupo não clínico		Qui-Quadrado	Teste exato de Fisher
		N	%	N	%		
3. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu pelo menos uma bebida alcoólica?	1	49	67.1	40	51.3	$X^2(1) = 3.910^1$ , p = 0.048	--
	2	24	32.9	38	48.7		
4. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu 5 (4 se for mulher) ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, em apenas algumas horas?	1	51	69.9	47	60.3	$X^2(1) = 1.528^2$ , p = 0.216	--
	2	22	30.1	31	39.7		
5. Que tipo de bebidas alcoólicas ingere com mais frequência?	1	50	68.5	45	57.7	$X^2(1) = 1.885^3$ , p = 0.170	--
	2	23	31.5	33	42.3		
6. Que tipo de bebidas alcoólicas ingere em festas acadêmicas?	1	50	68.5	56	71.8	$X^2(1) = 0.196^4$ , p = 0.658	--
	2	23	31.5	22	28.2		
7. Que quantidade de bebidas alcoólicas costuma ingerir em festas acadêmicas?	1	51	69.9	54	69.2	$X^2(1) = 0.007^5$ , p = 0.933	1.000 <sup>n.s.</sup>
	2	22	30.1	24	30.8		
8. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou marijuana?	1	69	94.5	73	93.6	--	1.000 <sup>n.s.</sup>
	2	4	5.5	5	6.4		
9. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu cocaína (pó, crack, base, etc)?	1	72	98.6	76	97.4	--	1.000 <sup>n.s.</sup>
	2	1	1.4	2	2.6		
10. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu tranquilizantes (valium, etc.) ou barbitúricos (calmantes, vermelhos, amarelos, etc.) sem o consentimento médico?	1	66	90.4	76	97.4	--	0.090 <sup>n.s.</sup>
	2	7	9.6	2	2.6		
11. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu drogas sintéticas (ecstasy, LSD, ácido, cogumelos, mescalino, anfetaminas, etc.)?	1	72	98.6	77	98.7	--	1.000 <sup>n.s.</sup>
	2	1	1.4	1	1.3		
12. Durante os últimos 12 meses teve...(numero de parceiros sexuais)	1	58	79.5	72	92.3	$X^2(1) = 5.205^6$ , p = 0.023	--
	2	15	20.5	6	7.7		
14. Durante os últimos 12 meses teve relações sexuais (vaginais, orais, anais) depois de ter consumido álcool, que não ocorreriam caso não tivesse bebido?	1	68	93.2	71	91	$X^2(1) = 0.233^7$ , p = 0.629	--
	2	5	6.8	7	9		
15. Já realizou alguma vez o teste para a infecção por VIH/SIDA?	1	32	21.2	23	15.2	$X^2(1) = 3.353^8$ , p = 0.067	--
	2	41	27.2	55	36.4		
21. Durante os últimos 30 dias, praticou exercício ou atividade física (como basquetebol, jogging, natação, ténis, andar de bicicleta, levantamento de pesos...)?	1	57	78.1	62	79.5	$X^2(1) = 0.045^9$ , p = 0.833	--
	2	16	21.9	16	20.5		

<sup>1</sup>0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum count is 29,97.

<sup>2</sup>0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum count is 25,62.

<sup>3</sup>0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum count is 27,07.

<sup>4</sup>0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum count is 21,75.

<sup>5</sup>0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum count is 22,24.

<sup>6</sup>0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum count is 10,15.

<sup>7</sup>0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum count is 5,80.

<sup>8</sup>0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum count is 26,59.

<sup>9</sup>0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum count is 15,47.

ANEXO 7

CORRELAÇÕES ENTRE A SAÚDE MENTAL E OS COMPORTAMENTOS DE RISCO  
NO GRUPO CLÍNICO

---

Comportamentos de Risco	Saúde Mental	Grupo Clínico (N=73)	
		$r_s$	$p$
3. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu pelo menos uma bebida alcoólica?	Somatização	0.264	0.024
	Obsessões- Compulsões	0.228	0.052
	Sensibilidade Interpessoal	0.162	0.171
	Depressão	0.298	0.010
	Ansiedade	0.265	0.024
	Hostilidade	0.268	0.022
	Ansiedade Fóbica	0.104	0.380
	Ideação Paranoide	0.182	0.122
	Psicoticismo	0.258	0.027
	IGS	0.255	0.030
	TSP	0.209	0.075
	ISP	0.251	0.032
	Ansiedade (HADS)	0.308	0.008
	Depressão (HADS)	0.207	0.079
4. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu 5 (4 se for mulher) ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, em apenas algumas horas?	Somatização	0.226	0.054
	Obsessões- Compulsões	0.218	0.064
	Sensibilidade Interpessoal	0.145	0.222
	Depressão	0.213	0.070
	Ansiedade	0.211	0.073
	Hostilidade	0.153	0.197
	Ansiedade Fóbica	0.135	0.256
	Ideação Paranoide	0.104	0.382
	Psicoticismo	0.246	0.036
	IGS	0.223	0.058
	TSP	0.182	0.123
	ISP	0.230	0.051
	Ansiedade (HADS)	0.232	0.048
	Depressão (HADS)	0.122	0.304
7. Que quantidade de bebidas alcoólicas costuma ingerir em festas académicas?	Somatização	0.152	0.198
	Obsessões- Compulsões	0.136	0.250
	Sensibilidade Interpessoal	0.067	0.576
	Depressão	0.234	0.046
	Ansiedade	0.123	0.299
	Hostilidade	0.250	0.033
	Ansiedade Fóbica	-0.020	0.867
	Ideação Paranoide	0.131	0.269
	Psicoticismo	0.240	0.041
	IGS	0.167	0.157
	TSP	0.155	0.189
	ISP	0.198	0.093
	Ansiedade (HADS)	0.135	0.253
	Depressão (HADS)	0.188	0.111
8. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou marijuana?	Somatização	0.236	0.045
	Obsessões- Compulsões	0.184	0.120
	Sensibilidade Interpessoal	0.195	0.099
	Depressão	0.234	0.046
	Ansiedade	0.280	0.016
	Hostilidade	0.308	0.008
	Ansiedade Fóbica	0.270	0.021
	Ideação Paranoide	0.178	0.131

	Psicoticismo	0.237	0.044
	IGS	0.270	0.021
	TSP	0.250	0.033
	ISP	0.274	0.019
	Ansiedade (HADS)	0.205	0.081
	Depressão (HADS)	0.291	0.013
	Somatização	0.174	0.141
	Obsessões- Compulsões	0.188	0.112
	Sensibilidade Interpessoal	0.188	0.111
	Depressão	0.168	0.155
	Ansiedade	0.191	0.106
9. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu cocaína (pó, crack, base, etc)?	Hostilidade	0.196	0.096
	Ansiedade Fóbica	0.192	0.104
	Ideação Paranoide	0.169	0.154
	Psicoticismo	0.177	0.135
	IGS	0.196	0.097
	TSP	0.199	0.092
	ISP	0.190	0.107
	Ansiedade (HADS)	0.115	0.332
	Depressão (HADS)	0.110	0.356
	Somatização	0.167	0.157
	Obsessões- Compulsões	0.168	0.156
	Sensibilidade Interpessoal	0.120	0.313
10. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu tranquilizantes (valium, etc.) ou barbitúricos (calmantes, vermelhos, amarelos, etc.) sem o consentimento médico?	Depressão	0.191	0.106
	Ansiedade	0.257	0.028
	Hostilidade	0.310	0.008
	Ansiedade Fóbica	0.243	0.038
	Ideação Paranoide	0.204	0.083
	Psicoticismo	0.178	0.132
	IGS	0.229	0.052
	TSP	0.266	0.023
	ISP	0.208	0.077
	Ansiedade (HADS)	0.179	0.130
	Depressão (HADS)	0.115	0.334
	Somatização	0.174	0.141
	Obsessões- Compulsões	0.188	0.112
	Sensibilidade Interpessoal	0.188	0.111
	Depressão	0.168	0.155
11. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu drogas sintéticas (ecstasy, LSD, ácido, cogumelos, mescalino, anfetaminas, etc.)?	Ansiedade	0.191	0.106
	Hostilidade	0.196	0.096
	Ansiedade Fóbica	0.192	0.104
	Ideação Paranoide	0.169	0.154
	Psicoticismo	0.177	0.135
	IGS	0.196	0.097
	TSP	0.199	0.092
	ISP	0.190	0.107
	Ansiedade (HADS)	0.115	0.332
	Depressão (HADS)	0.110	0.356
	Somatização	0.278	0.017
	Obsessões-Compulsões	0.289	0.013
	Sensibilidade Interpessoal	0.132	0.265
12. Durante os últimos 12 meses teve...(numero de parceiros sexuais)	Depressão	0.205	0.082
	Ansiedade	0.190	0.107
	Hostilidade	0.114	0.337
	Ansiedade Fóbica	0.201	0.088
	Ideação Paranoide	0.150	0.204
	Psicoticismo	0.220	0.062

	IGS	0.236	0.044
	TSP	0.166	0.161
	ISP	0.270	0.021
	Ansiedade (HADS)	0.171	0.147
	Depressão (HADS)	0.196	0.097
	Somatização	-0.003	0.978
	Obsessões- Compulsões	0.111	0.351
	Sensibilidade Interpessoal	-0.008	0.947
	Depressão	0.033	0.780
14. Durante os últimos 12 meses teve relações sexuais (vaginais, orais, anais) depois de ter consumido álcool, que não ocorreriam caso não tivesse bebido?	Ansiedade	0.046	0.698
	Hostilidade	-0.028	0.811
	Ansiedade Fóbica	-0.075	0.527
	Ideação Paranoide	0.019	0.875
	Psicoticismo	0.099	0.405
	IGS	0.017	0.887
	TSP	-0.001	0.995
	ISP	0.060	0.611
	Ansiedade (HADS)	0.005	0.969
	Depressão (HADS)	0.159	0.180
	Somatização	-0.158	0.183
	Obsessões-Compulsões	-0.283	0.015
	Sensibilidade Interpessoal	-0.273	0.019
	Depressão	-0.230	0.050
21) Durante os últimos 30 dias, praticou exercício ou atividade física (como basquetebol, jogging, natação, ténis, andar de bicicleta, levantamento de pesos...)?	Ansiedade	-0.214	0.070
	Hostilidade	-0.106	0.370
	Ansiedade Fóbica	-0.218	0.065
	Ideação Paranoide	-0.258	0.027
	Psicoticismo	-0.142	0.231
	IGS	-0.232	0.048
	TSP	-0.160	0.177
	ISP	-0.236	0.044
	Ansiedade (HADS)	-0.315	0.007
	Depressão (HADS)	-0.209	0.076



ANEXO 8

CORRELAÇÕES ENTRE A SAÚDE MENTAL E OS COMPORTAMENTOS DE RISCO  
NO GRUPO NÃO CLÍNICO

---

Comportamentos de Risco	Saúde Mental	Grupo não clínico (N=958)	
		$r_s$	$p$
3. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu pelo menos uma bebida alcoólica?	Somatização	-0.041	0.202
	Obsessões-Compulsões	0.011	0.730
	Sensibilidade Interpessoal	-0.031	0.342
	Depressão	-0.029	0.377
	Ansiedade	-0.034	0.291
	Hostilidade	0.023	0.475
	Ansiedade Fóbica	-0.030	0.347
	Ideação Paranoide	0.005	0.880
	Psicoticismo	-0.013	0.679
	IGS	-0.017	0.591
	TSP	-0.006	0.855
	ISP	-0.043	0.193
	Ansiedade (HADS)	-0.090	0.005
Depressão (HADS)	-0.014	0.657	
4. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu 5 (4 se for mulher) ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, em apenas algumas horas?	Somatização	0.029	0.372
	Obsessões-Compulsões	0.036	0.262
	Sensibilidade Interpessoal	0.015	0.653
	Depressão	0.023	0.485
	Ansiedade	-0.008	0.814
	Hostilidade	0.077	0.017
	Ansiedade Fóbica	-0.006	0.844
	Ideação Paranoide	0.034	0.293
	Psicoticismo	0.033	0.305
	IGS	0.034	0.290
	TSP	0.036	0.260
	ISP	0.039	0.231
	Ansiedade (HADS)	-0.022	0.497
Depressão (HADS)	-0.007	0.818	
7. Que quantidade de bebidas alcoólicas costuma ingerir em festas académicas?	Somatização	-0.029	0.371
	Obsessões-Compulsões	0.002	0.961
	Sensibilidade Interpessoal	-0.048	0.135
	Depressão	-0.048	0.141
	Ansiedade	-0.065	0.043
	Hostilidade	0.011	0.725
	Ansiedade Fóbica	-0.024	0.453
	Ideação Paranoide	-0.024	0.456
	Psicoticismo	-0.024	0.464
	IGS	-0.036	0.267
	TSP	-0.033	0.305
	ISP	0.001	0.972
	Ansiedade (HADS)	-0.080	0.013
Depressão (HADS)	-0.065	0.046	
8. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou marijuana?	Somatização	0.014	0.669
	Obsessões-Compulsões	0.040	0.219
	Sensibilidade Interpessoal	0.030	0.358
	Depressão	0.049	0.130
	Ansiedade	0.009	0.771
	Hostilidade	0.070	0.031
	Ansiedade Fóbica	-0.015	0.642
	Ideação Paranoide	0.018	0.579
	Psicoticismo	0.054	0.096
	IGS	0.042	0.190
	TSP	0.039	0.226
ISP	0.044	0.177	

	Ansiedade (HADS)	0.029	0.366
	Depressão (HADS)	0.051	0.118
	Somatização	0.025	0.432
	Obsessões-Compulsões	0.012	0.719
	Sensibilidade Interpessoal	0.016	0.625
	Depressão	0.014	0.674
	Ansiedade	0.015	0.653
9. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu cocaína (pó, crack, base, etc)?	Hostilidade	0.015	0.640
	Ansiedade Fóbica	0.012	0.716
	Ideação Paranoide	0.029	0.372
	Psicoticismo	0.031	0.344
	IGS	0.012	0.716
	TSP	0.015	0.640
	ISP	0.041	0.208
	Ansiedade (HADS)	0.032	0.324
	Depressão (HADS)	0.058	0.075
	Somatização	0.183	0.000
	Obsessões-Compulsões	0.151	0.000
	Sensibilidade Interpessoal	0.163	0.000
10. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu tranquilizantes (valium, etc.) ou barbitúricos (calmantes, vermelhos, amarelos, etc.) sem o consentimento médico?	Depressão	0.157	0.000
	Ansiedade	0.190	0.000
	Hostilidade	0.168	0.000
	Ansiedade Fóbica	0.149	0.000
	Ideação Paranoide	0.131	0.000
	Psicoticismo	0.167	0.000
	IGS	0.188	0.000
	TSP	0.166	0.000
	ISP	0.203	0.000
	Ansiedade (HADS)	0.194	0.000
	Depressão (HADS)	0.145	0.000
	Somatização	0.032	0.320
	Obsessões-Compulsões	0.006	0.861
	Sensibilidade Interpessoal	0.008	0.813
	Depressão	0.020	0.539
11. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu drogas sintéticas (ecstasy, LSD, ácido, cogumelos, mescalino, anfetaminas, etc.)?	Ansiedade	0.019	0.547
	Hostilidade	0.016	0.614
	Ansiedade Fóbica	-0.004	0.892
	Ideação Paranoide	-0.022	0.501
	Psicoticismo	0.021	0.517
	IGS	0.013	0.683
	TSP	0.012	0.718
	ISP	0.025	0.438
	Ansiedade (HADS)	0.027	0.411
	Depressão (HADS)	0.066	0.042
	Somatização	0.019	0.553
	Obsessões-Compulsões	0.025	0.442
	Sensibilidade Interpessoal	-0.007	0.831
	Depressão	0.018	0.588
	Ansiedade	-0.008	0.798
12. Durante os últimos 12 meses teve...(numero de parceiros sexuais)	Hostilidade	0.067	0.039
	Ansiedade Fóbica	0.004	0.913
	Ideação Paranoide	0.008	0.800
	Psicoticismo	-0.028	0.393
	IGS	0.010	0.763
	TSP	0.017	0.606
	ISP	0.008	0.806
	Ansiedade (HADS)	0.020	0.537

	Depressão (HADS)	0.034	0.297	
	Somatização	0.028	0.394	
	Obsessões-Compulsões	0.071	0.029	
	Sensibilidade Interpessoal	0.056	0.086	
14. Durante os últimos 12 meses teve relações sexuais (vaginais, orais, anais) depois de ter consumido álcool, que não ocorreriam caso não tivesse bebido?	Depressão	0.051	0.118	
	Ansiedade	0.022	0.498	
	Hostilidade	0.036	0.272	
	Ansiedade Fóbica	0.039	0.230	
	Ideação Paranoide	0.043	0.188	
	Psicoticismo	0.059	0.068	
	IGS	0.060	0.061	
	TSP	0.059	0.067	
	ISP	0.076	0.019	
	Ansiedade (HADS)	0.030	0.350	
	Depressão (HADS)	0.047	0.146	
		Somatização	-0.151	0.000
		Obsessões-Compulsões	-0.130	0.000
		Sensibilidade Interpessoal	-0.135	0.000
21. Durante os últimos 30 dias, praticou exercício ou atividade física (como basquetebol, jogging, natação, ténis, andar de bicicleta, levantamento de pesos...)?	Depressão	-0.138	0.000	
	Ansiedade	-0.143	0.000	
	Hostilidade	-0.113	0.000	
	Ansiedade Fóbica	-0.152	0.000	
	Ideação Paranoide	-0.078	0.016	
	Psicoticismo	-0.113	0.000	
	IGS	-0.150	0.000	
	TSP	-0.146	0.000	
	ISP	-0.103	0.002	
	Ansiedade (HADS)	-0.152	0.000	
	Depressão (HADS)	-0.163	0.000	