

Lucinda Salomé Guedes Giesta

**Saúde Mental e Nível de Atividade Física em Estudantes do  
Ensino Superior**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016



Lucinda Salomé Guedes Giesta

**Saúde Mental e Nível de Atividade Física em Estudantes do  
Ensino Superior**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016



Lucinda Salomé Guedes Giesta

## **Saúde Mental e Nível de Atividade Física em Estudantes do Ensino Superior**

---

Lucinda Giesta

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Doutora Carla Fonte como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, ramo Psicologia Clínica e da Saúde

## RESUMO

Cada vez mais se evidencia a importância do estudo da saúde mental como um todo, que vai para além da ausência de doença mental englobando também o estudo da saúde mental positiva (Westerhof & Keyes, 2010). Sendo o estilo de vida um dos determinantes que influenciam a saúde (WHO, 1996) abrangendo a forma como o indivíduo gere a sua vida e se relaciona consigo/outros/ambiente (Rapley, 2003; Soares, Pereira e Canavarro, 2014), compreende-se que o nível de atividade física é um fator com possíveis implicações no que respeita à saúde mental e ao bem-estar com benefícios a nível físico, psicológico e social (Cruz, 1996). Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral caracterizar e analisar a relação entre a saúde mental e o nível de atividade física em estudantes do ensino superior. No mesmo, participaram 164 estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos. Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário sociodemográfico, à Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) e Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF) e à Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) e ao Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Quanto aos resultados, a amostra apresenta baixos níveis de psicopatologia, altos níveis de saúde mental positiva e níveis de atividade física muito homogêneos. Contrariamente ao esperado, não foi encontrada uma associação significativa entre a saúde mental (quer ao nível da psicopatologia quer da saúde mental positiva) e o nível de atividade física. Verificou-se, contudo que, quando os níveis de bem-estar aumentam os níveis de doença mental diminuem e vice-versa, demonstrando assim a importância da promoção do bem-estar /saúde mental positiva, na prevenção da doença mental.

**Palavras-chave:** Estudantes do ensino superior, Atividade física, Saúde mental positiva, Doença mental.

## ABSTRACT

It is a fact that the importance of mental health study as a whole is increasing gradually, which goes beyond the absence of mental illness but also includes the study of positive mental health (Westerhof & Keyes, 2010). And the lifestyle of the determinants that influence health (WHO, 1996) covering how the individual manages his life and relates with himself/ other / environment (Rapley, 2003; Soares Pereira and Canavarro, 2014), it was found that the level of physical activity is a factor with possible implications with regard to mental health and wellbeing benefits to the physical, psychological and social level (Cruz, 1996). In this sense, the main objective of this study is to characterize and analyze the relationship between mental health and level of physical activity on college students. In this study participated 164 students aged 18 to 54 years. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, the Portuguese version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS), the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF), the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21) and the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). As for the results, the sample has low levels of psychopathology and high levels of positive mental health, physical activity levels very homogeneous. Contrary to expectation, there was no significant association between mental health (both in terms of psychopathology or positive mental health) and level of physical activity. It was found, however, that when the wellbeing levels increase mental disease levels decrease and vice versa, thus demonstrating the importance of promoting the wellbeing / positive mental health, preventing mental illness.

**Keywords:** College students, physical activity, positive mental health, mental illness.

## AGRADECIMENTOS

A presente Dissertação de Mestrado resulta da conclusão de um percurso muito gratificante a nível académico, profissional e pessoal. É essencialmente um objetivo cumprido que certamente não teria sido possível sem o apoio, direto ou indireto, de pessoas muito especiais e presentes neste meu trajeto.

Agradeço desde já à Professora Doutora Carla Fonte, por toda a sua disponibilidade, apoio e assertividade, por ter sempre uma solução, por ser uma ótima professora e, para mim, um exemplo enquanto profissional de Psicologia, por todos os desafios a que me propôs, por acreditar em mim e principalmente por me ajudar a evoluir em diversos aspetos. Obrigada.

Agradeço à minha família, e em especial aos meus pais Lino Giesta e Maria Giesta, por toda a educação e valores transmitidos, por contribuírem positivamente neste processo que é o tornar-me pessoa, e principalmente por acreditarem e confiarem nas minhas escolhas, por me possibilitarem seguir o meu sonho e apoiarem neste meu caminho, sem dúvida que, sem vós nada disto teria sido possível! Em especial à minha mãe, pelo apoio incondicional e principalmente por ser a minha confidente e melhor ouvinte nos momentos menos bons. Obrigada por tudo.

Agradeço ao meu irmão, por me fazer rir e descontraír, pela sua genuinidade, pela segurança de saber que estará sempre presente, pelo amor incondicional e recíproco e pelo companheirismo ao longo deste percurso e para sempre. Obrigada Mano.

Ao Ricardo por estar presente ao longo destes cinco anos, mesmo quando não o estive fisicamente, por todo o incentivo, por me chamar à razão quando mais precisei, por me ajudar a abstrair dos momentos menos positivos e principalmente por ser o meu refúgio e o meu melhor amigo. Obrigada.

Agradeço também à Rachel pela amizade genuína, por todos os desabafos e momentos que já passamos juntas e por estar sempre do meu lado ao longo destes cinco e mais anos. À Juliana, à Patrícia, à Sofia e principalmente à Paula com quem pude partilhar algumas angústias, por sinal comuns e, por todo o companheirismo nesta aventura que foi o mestrado. Obrigada meninas.

Obrigada a todos os que fizeram parte deste meu caminho, a todos os professores e funcionários da UFP, à D. Lúcia pela enorme generosidade e por muitas vezes ter feito da sua a minha casa, à Ruby pela colaboração final, a todos os outros colegas e amigos de Psicologia, agradeço ainda às pessoas com quem pude conviver durante os nove meses de estágio curricular no Instituto Politécnico do Porto (IPP) por toda a aprendizagem que me proporcionaram e por contribuírem para o meu desenvolvimento e por fim mas não menos importante, agradeço ainda a todos os estudantes que participaram neste estudo!

Um Obrigado sentido a todos!

# ÍNDICE

Resumo.....	VI
Abstract.....	VII
Agradecimentos.....	VIII
Índice de Tabelas .....	XI
Índice de Figuras/Anexos.....	XV
Siglas e Abreviaturas.....	XVI
<b>1. Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Saúde mental Positiva/Bem-estar.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Doença Mental: depressão, ansiedade e <i>stress</i>.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3. Atividade física, bem-estar e doença mental.....</b>	<b>23</b>
<b>2. Objetivos do Estudo.....</b>	<b>32</b>
<b>3. Método.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1. Participantes.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2. Instrumentos.....</b>	<b>36</b>
3.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	36
3.2.2. Escala de Bem-Estar Mental de Warwick- Edinburgh.....	37
3.2.3. Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (MHC-SF).....	37
3.2.4. Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> (EADS- 21).....	38
3.2.5. Questionário Internacional de Atividade física (IPAQ).....	39
<b>3.3. Procedimento.....</b>	<b>41</b>
<b>4. Resultados.....</b>	<b>43</b>
<b>5. Discussão dos Resultados.....</b>	<b>60</b>
<b>6. Conclusão.....</b>	<b>66</b>
<b>7. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>69</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>80</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Critérios de saúde mental positiva/ <i>Flourishing</i> (adaptado de Keyes, 2005) .....	9
<b>Tabela 2.</b> Fatores de <i>Stress</i> nos Estudantes do Ensino Superior (adaptado de Silveira, <i>et al.</i> , 2011).....	21
<b>Tabela 3.</b> Benefícios psicológicos do exercício em populações clínicas e não clínicas (adaptado de Cruz, 1996).....	30
<b>Tabela 4.</b> Caraterização sociodemográfica da amostra quanto ao ciclo e à área de estudos, ao ano frequentado e à existência de estatutos: estudante-deslocado e trabalhador-estudante.....	34
<b>Tabela 5.</b> Caraterização sociodemográfica dos participantes quanto à prática desportiva, número de modalidades desportivas praticadas, estatuto relacionado com a prática desportiva e existência de problemas de saúde percecionados pelos estudantes .....	35
<b>Tabela 6.</b> Caraterização sociodemográfica dos participantes quanto à existência de problemas de saúde percecionados pelos estudantes e identificação dos mesmos.....	35
<b>Tabela 7.</b> Caraterização da saúde mental dos estudantes em relação à depressão, ansiedade e <i>stress</i> (EADS) .....	43
<b>Tabela 8.</b> Caraterização da saúde mental dos participantes em relação ao bem-estar mental em geral (WEMWBS), ao bem-estar emocional, ao bem-estar social e ao bem-estar psicológico (MHC-SF) .....	44
<b>Tabela 9.</b> Caraterização dos estados de saúde mental positiva dos participantes.....	44
<b>Tabela 10.</b> Caraterização dos participantes quanto ao nível de atividade física (IPAQ).....	45

<b>Tabela 11.</b> Análise da relação entre a saúde mental e os níveis de atividade física.....	46
<b>Tabela 12.</b> Análise da relação entre a doença mental e a saúde mental positiva/bem-estar.....	47
<b>Tabela 13.</b> Diferenças entre o nível de atividade física baixo, moderado e elevado, em função da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico .....	48
<b>Tabela 14.</b> Diferenças entre o nível de atividade física (baixo, moderado e elevado) em função dos estados de saúde mental positiva.....	49
<b>Tabela 15.</b> Diferenças entre o género masculino e o género feminino, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.....	49
<b>Tabela 16.</b> Diferenças entre o género masculino e o género feminino, ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.....	50
<b>Tabela 17.</b> Diferenças entre os estudantes dos 18 aos 23 anos de idade e os estudantes com mais de 23 anos, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.....	51
<b>Tabela 18.</b> Diferenças entre os estudantes dos 18 aos 23 anos de idade e os estudantes com mais de 23 anos, ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.....	52
<b>Tabela 19.</b> Diferenças entre os estudantes deslocados e não deslocados (saída de casa), ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.....	52

<b>Tabela 20.</b> Diferenças entre os estudantes deslocados e não deslocados (saída de casa) ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.....	53
<b>Tabela 21.</b> Diferenças entre os estudantes que têm estatuto de trabalhador-estudante e estudantes que não têm estatuto trabalhador-estudante, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.....	53
<b>Tabela 22.</b> Diferenças entre os estudantes que têm estatuto de trabalhador-estudante e estudantes que não têm estatuto trabalhador-estudante ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.....	54
<b>Tabela 23.</b> Diferenças quanto à prática desportiva, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.....	55
<b>Tabela 24.</b> Diferenças quanto à prática desportiva, ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.....	55
<b>Tabela 25.</b> Diferenças quanto à existência de problemas de saúde, ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.....	56
<b>Tabela 26.</b> Diferenças quanto à existência de problemas de saúde ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.....	56
<b>Tabela 27.</b> Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico em função do ciclo de estudos.....	57
<b>Tabela 28.</b> Diferenças ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física em função do ciclo de estudos.....	57
<b>Tabela 29.</b> Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do <i>stress</i> , do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico em função da área de estudos. ....	58

**Tabela 30.** Diferenças ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física em função da área de estudos.....58

**Tabela 31.** Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do *stress*, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico em função do ano frequentado.....59

**Tabela 32.** Diferenças ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física em função do ano frequentado.....59

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Análise da distribuição cruzada entre os estados de saúde mental e o nível de atividade física.....	47
--	----

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I.</b> Declaração de Consentimento Informado.....	80
<b>Anexo II.</b> Questionário Sociodemográfico.....	82
<b>Anexo III.</b> Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS).....	85
<b>Anexo IV.</b> Escala Continuum de Saúde Mental (Adultos) (MHC-SF).....	87
<b>Anexo V.</b> Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> (EADS).....	89
<b>Anexo VI.</b> Questionário Internacional de Atividade física - versão Curta (IPAQ)...	91

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**APA** - American Psychology Association

**BEE** - Bem-estar Emocional

**BEP** – Bem-estar Psicológico

**BES** – Bem-estar Social

**CID** - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

**DSM-V** - Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais, 5ª edição

**EADS-21** - Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

**IDP** – Instituto do Desporto de Portugal

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**IPAQ** - Questionário Internacional de Atividade física - versão Curta

**MHC-SF** - Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida

**NR** – Não Respondeu

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences

**WEMWBS** - Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

**WHO** - World Health Organization

## 1. Introdução

A Saúde é consensualmente vista na atualidade como “não simplesmente a ausência de doença”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2002, p. 30). Assim, é fundamental compreender que a saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e interdependentes, e, que tal como muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Leal, Pimenta & Marques, 2012; OMS, 2002).

Evidencia-se assim a importância do estudo da saúde mental como um todo, que vai para além da ausência de doença mental englobando também o estudo da saúde mental positiva. Uma vez que a sua promoção pode influenciar o desenvolvimento de perturbações como a ansiedade e a depressão (diminuindo o desenvolvimento das mesmas) (Westerhof & Keyes, 2010).

Estudos apontam para o nível de atividade física como um fator com possíveis implicações no que respeita à saúde mental e ao bem-estar (Cruz, 1996) e, segundo a WHO (2011) em comparação com adultos menos ativos, indivíduos mais ativos apresentam menores taxas de mortalidade, depressão, alterações positivas do humor, diminuição da tensão e da fadiga, redução da ansiedade, acentuação da recuperação face a fontes psicossociais pontuais de stresse, entre outros (Clow & Edmunds, 2014; Faulkner & Taylor, 2005; Leal, Pimenta & Marques, 2012; WHO, 2011).

Os estudantes do ensino superior são uma população deveras importante nestas temáticas, pois é a partir dos 17/18 anos que há evidente baixa de adesão à participação em atividades físicas (o início da vida universitária, o aumento da exigência e dedicação a esse nível educativo, a possível deslocação de localidade) favorecem bastante a retirada dos alunos da prática físico-desportiva, o que promove a perda dos efeitos e benefícios físicos e psicológicos do exercício e da atividade física (Cruz, *et al.*, 1996; Rodrigues, 2012).

Visto isto, o foco geral do presente trabalho passa por caracterizar e analisar a relação entre a saúde mental e o nível de atividade física em estudantes do ensino superior.

Esta investigação encontra-se estruturada essencialmente em três partes, com relação entre si. Sendo a primeira de enquadramento teórico, abrangendo os construtos principais deste estudo, procurando abordar a sua definição e relevantes estudos nestas áreas (atividade física, saúde mental positiva/bem-estar e doença mental).

A segunda parte é referente ao estudo empírico efetuado, incluindo assim o método, os resultados e a discussão dos mesmos.

E por fim, mas não menos importante a conclusão, etapa que engloba uma reflexão crítica global integrando os principais contributos e implicações da investigação, as limitações que lhe estão associadas e possíveis sugestões para estudos futuros.

## 1.1. Saúde Mental Positiva/Bem-Estar

É essencialmente nos anos 80, que o conceito de saúde é ampliado ao bem-estar humano em geral, ocorrendo uma “descentralização” na doença dando-se o devido relevo ao conceito de saúde. Emerge ainda a concepção de promoção da saúde, que abarca as mudanças comportamentais com finalidade na adoção de um estilo de vida saudável (Leal, 2006; MacIntyre, 1994; Pais Ribeiro, 2007).

Atualmente, compreende-se que o estudo das consequências psicológicas positivas/experiências positivas é verdadeiramente benéfico, desta forma a saúde pode ser visualizada como um recurso para a vida de todos os dias (Ferreira, 2015; Pais Ribeiro, 2007). Diversos são os estudos que têm vindo a demonstrar que o aumento das virtudes positivas/pontos fortes associam-se a um melhor funcionamento físico, psicossocial e psicológico, e a menor doença mental, enquadrando-se concetualmente no domínio da psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Numa perspetiva atual, holística e positiva a saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial e executa as suas habilidades, lida com as tensões normais da vida, trabalha produtivamente e é capaz de colaborar para a sua comunidade (Biddle, Mutrie & Gorely, 2015; WHO, 2005). Assim, o bem-estar, o funcionamento eficaz de um indivíduo e o funcionamento eficaz para a comunidade são os três componentes que juntos compõem a saúde mental positiva (Ferreira, 2015; Westerhof & Keyes, 2010; Lamers *et al.*, 2011).

Por conseguinte, a literatura aponta no sentido de que elevados níveis de saúde mental atuam como fator protetor associado a uma menor incidência de doenças crónicas relacionadas com o envelhecimento e diminuição do risco de doença mental (Horta, 2013).

Sendo a saúde mental encarada como a avaliação do bem-estar, tendo em conta as suas dimensões (bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social) (Lamers, *et al.*, 2010; Monte, 2014), e, uma vez que o bem-estar é condição essencial para a saúde mental positiva, importa compreender este conceito, que para Ryan e Deci, (2001) diz respeito ao ótimo funcionamento psicológico e a experiências positivas (Ryff, 1989).

A origem do conceito de bem-estar encontra-se na discussão filosófica e científica entre o hedonismo e a eudaimonia como objetivos de vida, conduzindo à criação de duas correntes de pensamento que norteiam os modelos atuais de bem-estar: o Bem-Estar Subjetivo/Emocional e o Bem-Estar Psicológico (Clow & Edmunds, 2014; Figueira, 2013; Freire, *et al.* 2013; Westerhof & Keyes, 2010; Passareli & Silva, 2007).

A perspectiva Hedonista incide sobre a experiência subjetiva da felicidade, o afeto e a satisfação com a vida. Já a perspectiva Eudaimónica apresenta foco no funcionamento positivo, na auto-realização e no florescimento humano (Baptista, 2013; Clow & Edmunds, 2014; Westerhof & Keyes, 2010, Lamers, *et al.*, 2011; Monte, 2014; Tennant, *et al.*, 2007). Estas perspetivas são explicativas do bem-estar em dimensões distintas, tais como objetivos de vida e desenvolvimento, sendo o crescimento pessoal o que mais separa os dois construtos (Ryff, 1998).

O bem-estar Hedónico, também designado de Bem-Estar Subjetivo/Emocional, engloba sentimentos de felicidade, prazer, afeto, satisfação e interesse nos diversos domínios da vida. Para alguns autores esta conceção revela ainda uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (Baptista, 2013; Leal, 2006; Monte, 2014). O conceito de bem-estar subjetivo é de uma forma consensual constituído por uma dimensão cognitiva (satisfação com a vida) e uma emocional (afetos positivos e negativos) (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Freire, *et al.* 2013; Westerhof & Keyes, 2010; Passareli & Silva, 2007).

A dimensão cognitiva referente à satisfação com a vida, engloba um juízo avaliativo, a níveis globais ou específicos da própria vida (exemplo: sentir-se realizado com a vida que construiu) relaciona-se ainda com o modo como cada um interpreta as diferentes situações experienciadas ao longo da vida (exemplo: trabalho, lazer, matrimónio, saúde) (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Freire, *et al.* 2013; Westerhof & Keyes, 2010; Passareli & Silva, 2007). Já a dimensão afetiva é constituída por uma dimensão avaliativa afetiva, emocional positiva (alegria, afeição e orgulho) ou negativa (vergonha, culpa, tristeza e ansiedade), expressa também em termos globais (felicidade) ou específicos (emoções) (Galinha & Pais Ribeiro, 2005; Westerhof & Keyes, 2010; Passareli & Silva, 2007) refletindo experiências básicas dos diversos acontecimentos que atravessam a vida das pessoas (Figueira, 2013; Freire, *et al.* 2013).

De um modo geral, indivíduos que demonstrem um bem-estar subjetivo elevado experienciam mais afetos positivos do que afetos negativos e fazem uma avaliação positiva da sua vida na globalidade (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Um estudo de Lyubomirsky, King e Diener (2005) revelou que o bem-estar a longo prazo e o afeto positivo momentâneo estão associados a características desejáveis, envolvendo percepção positiva de si e dos outros, sociabilidade e atividade, comportamento pró-social, comportamentos saudáveis, bom funcionamento imunitário e boas estratégias de *coping* para lidar com o *distress*. A par do mencionado, é do conhecimento científico que participar em grupos (exemplo: grupos de amigos, desportivos, de trabalho) é um fator favorável para o bem-estar subjetivo (Freire, *et al.* 2013; Passareli & Silva, 2007).

A literatura enfatiza ainda uma existência de correlações positivas entre a idade e o bem-estar emocional (Ferreira, 2015). É apontado também que, é mais feliz quem tem atividades de lazer, uma vida social preenchida, passam pouco tempo sozinhos e têm relações positivas com os outros. E ainda que a satisfação que os estudantes universitários têm com a sua vida tende a aumentar com a sua progressão académica (Ferreira, 2015).

Em suma, o bem-estar subjetivo/emocional por si só não significa saúde mental, pois apesar dos contratempos, algumas pessoas, sentem-se minimamente felizes e outras, em contextos favoráveis são infelizes. É antes um elemento do bem-estar, necessário mas não suficiente, para se estar mentalmente saudável (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Freire, *et al.* 2013; Passareli & Silva, 2007).

Já no que concerne à perspetiva Eudaimónica – o Bem-Estar Psicológico, revela-se em termos de auto-realização e funcionamento positivo (Baptista, 2013; Westerhof & Keyes, 2010; Lamers *et col.*, 2011), manifesta o sentimento positivo e o pensamento construtivo do ser humano acerca de si próprio estando intimamente relacionado com aspetos do funcionamento físico, psíquico e social (García-Viniegras & Benitez, 2000).

Assim, os recursos psicológicos de que o indivíduo dispõe (processos cognitivos, afetivos e emocionais) são globalmente descritos na literatura a partir de seis dimensões centrais do funcionamento psicológico positivo (Westerhof & Keyes, 2010; Monte, 2014; Tennant, *et al.*, 2007) que surgem do trabalho concetual e empírico de Carol Ryff (1989) (Baptista, 2013; Keyes, 2005; 2007; Ryff, 1989):

A primeira dimensão, designada de auto-aceitação, corresponde à avaliação positiva que o indivíduo tem sobre si próprio e sobre a sua vida, e assim sobre o nível de conhecimento e aceitação das suas próprias atitudes e características da personalidade. A segunda dimensão, relações positivas, refere-se à capacidade para ter ou desenvolver relações sociais de confiança, calorosas e satisfatórias e à capacidade de empatia e intimidade. Segue-se a autonomia, referente às qualidades individuais de autodeterminação, independência, autoregulação do comportamento e resistência às pressões sociais consideradas desagradáveis. A quarta dimensão, designada de domínio ambiental, trata-se da capacidade para gerir ambientes complexos e de moldar o ambiente de acordo com as suas necessidades, implicando a capacidade de controlo comportamental e a capacidade para aproveitar oportunidades. Em quinto lugar o propósito de vida, o possuir objetivos e crenças que mostram um sentimento de direção na vida e de finalidade e um significado face à mesma. Por último, a sexta dimensão, desenvolvimento pessoal, que diz respeito à compreensão face ao seu próprio potencial, capacidade de desenvolvimento e abertura a experiências novas e desafiadoras assim como à sensação de desenvolvimento contínuo (Baptista, 2013; Keyes, 2005; 2007; Ryff, 1989).

Estas dimensões deverão ser analisadas como constituintes do bem-estar e não como contributos para o bem-estar, uma vez que, o indivíduo desenvolve o bem-estar psicológico a partir de capacidades cognitivas, desenvolvimento pessoal, afetividade na relação com os outros e competência emocional (Figueira, 2013; Freire, *et al.* 2013; Westerhof & Keyes, 2010; Passareli & Silva, 2007).

Assim, de acordo com a dimensão do bem-estar psicológico na saúde mental, indivíduos com um bom nível de funcionamento, tendem a gostar de si próprios, a estabelecer relações próximas e de confiança, a avaliar o seu crescimento pessoal positivamente, a atribuir uma direção à sua vida, a adequar o ambiente às suas carências e, a apresentar maior grau de independência (García-Viniegras & Benitez, 2000; Keyes, 2002).

Estudos de relação entre o bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas apontam numa associação positiva face ao nível educacional e uma correlação negativa entre a idade e o bem-estar psicológico (Westernhoh & Keyes, 2010). No que respeita ao género têm sido apresentadas diferenças entre homens e mulheres, em que estas

últimas apresentam mais *relações com os outros*, maior *crescimento pessoal* e maior força psicológica em determinados aspetos do bem-estar, apresentando níveis semelhantes aos homens, quanto à felicidade e *relações positivas com os outros* (Ferreira, 2015; Ryff & Keyes, 1995). Já Vivaldi e Barra (2012) evidenciaram que os homens apresentam níveis mais elevados de bem-estar psicológico que as mulheres. No entanto Ballesteros e colaboradores (2006) verificaram a inexistência de diferenças significativas nos níveis de bem-estar psicológico quanto ao género e idade. Por fim, a investigação científica realizada nesta área conclui também que as pessoas com baixo bem-estar psicológico apresentam maior probabilidade (7 vezes mais) de desenvolver depressão nos 10 anos posteriores, daí a importância do bem-estar psicológico no que concerne à prevenção da depressão (Ferreira, 2015; Monte, 2014)

Todavia, o bem-estar psicológico e o bem-estar subjetivo por si só, não são suficientes para a exposição do construto de saúde mental positiva, visto ser necessário e importante analisar as condições sociais envolventes. Desta forma, em complementaridade a esta conceitualização do bem-estar psicológico Keyes (1998, 2002) sugere a noção de Bem-Estar Social, visto que, os indivíduos estão inseridos em estruturas sociais, sujeitos diariamente a tarefas e desafios inerentes a essas relações sociais e a avaliarem a qualidade das suas vidas e o seu funcionamento pessoal atendendo a critérios sociais (Keyes, 1998; 2002; Monte, Fonte & Alves, 2015).

O bem-estar social consiste na avaliação das circunstâncias e do funcionamento do indivíduo na sociedade e é medido através de dois contínuos (negativo e positivo) e estudado em três níveis (individual, interpessoal e social) (Keyes, 2002; Keyes & Shapiro, 2004; Monte, 2014). Baseado no *continuum* positivo e a um nível individual, o bem-estar social é composto por cinco dimensões (Baptista, 2013, Keyes, 1998; 2002; Keyes & Shapiro, 2004; Westerhof & Keyes, 2010; Lamers *et col.*, 2010).

A primeira dimensão, designada de integração social corresponde à avaliação do indivíduo sobre a qualidade da sua relação com a sociedade e comunidade, o sentimento de pertença à mesma e o conhecimento quanto a poder retirar conforto e suporte desta. A segunda dimensão, contribuição social – refere-se ao sentimento de que se constitui um membro essencial para a sociedade, que os resultados das suas atividades são valorizados pelos outros e que é capaz de contribuir com algo importante para o mundo. Em terceiro lugar a dimensão coesão social consiste no interesse e procura de

significado sobre a qualidade, organização, sentimento de lógica e previsibilidade no que respeita à sociedade e à cultura. Segue-se a dimensão designada de atualização social que significa a crença de que pessoas, grupos sociais e sociedade têm potencial de evolução, acreditando no crescimento numa ótica positiva. Por último a dimensão aceitação social, referente às atitudes positivas para com os outros, englobando o reconhecimento e a aceitação face à complexidade e às diferenças entre as pessoas (Baptista, 2013, Keyes, 1998; 2002; Keyes & Shapiro, 2004; Westerhof & Keyes, 2010; Lamers *et col.*, 2010).

De acordo com as cinco dimensões do modelo, indivíduos socialmente saudáveis apreciam a sociedade em que estão inseridos, contribuem e sentem-se seguros na sua comunidade e detêm recursos sociais levando uma vida pessoal coerente (Horta, 2013; Westerhof & Keyes, 2010; Monte, 2014)

São conhecidas características sociodemográficas que influenciam as oportunidades e competências essenciais face ao bem-estar social, nomeadamente a idade que tem uma relação heterogénea com os níveis de bem-estar (Westerhof & Keyes, 2010). No que se refere ao nível educacional constata-se que quanto mais elevado, maior o sucesso em lidar eficazmente com os desafios sociais. Verifica-se ainda que o bem-estar social é mais elevado em indivíduos com alto estatuto ocupacional, homens, casados e solteiros (Horta, 2013; Monte, 2014). A investigação científica aponta também para o facto do bem-estar social estar relacionado também com inúmeros indicadores de adesão a associações cívicas e comportamento pró-social (Horta, 2013; Monte, 2014).

Em suma, o bem-estar hedônico e os aspetos psicológicos e sociais do bem-estar eudaimônico em conjunto formam a definição de saúde mental positiva (Clow & Edmunds, 2014; Westerhof & Keyes, 2010; Tennant, *et al.*, 2007). Vários são os autores que definem a saúde mental pela combinação de sintomas de bem-estar emocional (satisfação com a vida e sentimentos positivos) com sintomas de bem-estar psicológico e social (funcionamento positivo) (Ferreira, 2015; Keyes, 2002; 2007; Westerhof & Keyes, 2010; Lamers, *et al.*, 2011), integrando, em certa medida, as duas perspetivas do bem-estar.

Corey Keyes, é um dos autores que apresenta uma conceitualização do bem-estar integradora e holística, desenvolvendo a partir dos modelos antecedentes o atual

conceito de *flourishing* (florescimento) admitindo que do mesmo modo que é possível caracterizar uma doença mental (exemplo: Depressão, sintomas como tristeza prolongada, falta de prazer e de vitalidade, fadiga, etc.) também o florescimento pode ser definido operacionalmente, a partir da presença de indicadores que assinalem um funcionamento positivo ou uma boa saúde mental (Baptista, 2013; Keyes, 2002; 2007; Westerhof & Keyes, 2010; Lamers, *et al.*, 2011). Assim, florescer define-se pela presença de sinais positivos de vida, um deles é o hedonismo (o prazer e a satisfação nos diversos domínios da vida, o afeto positivo e/ou a felicidade e a satisfação com a vida), juntamente com os onze indicadores do funcionamento positivo anteriormente apresentados (Baptista, 2013; Keyes, 2002; 2007; Westerhof & Keyes, 2010; Lamers, *et al.*, 201; Leal, 2006).

**Tabela 1.** Critérios de saúde mental positiva/*Flourishing* (adaptado de Keyes, 2005).

<b>Critérios de Diagnostico</b>	<b>Descritores</b>	<b>Bem-estar</b>
<b>Sentimentos positivos</b> <b>(Bem-estar Hedónico)</b>	1. Alegre, de bom humor, feliz, calmo e satisfeito (afeto positivo nos últimos 30 dias).	<b>Bem-estar emocional</b>
	2. Felicidade ou satisfação com a vida (alegre, feliz e satisfeito com a vida ou com os diversos domínios da vida).	
Requer um nível elevado de funcionamento em pelo menos um dos dois descritores.		
<b>Funcionamento Positivo</b> <b>(Bem-estar Eudaimónico)</b>	1. Autoaceitação	<b>Bem-estar Psicológico</b>
	2. Autonomia	
	3. Significado de vida	
	4. Crescimento pessoal	
	5. Relações positivas	
	6. Maestria ambiental	
	7. Integração social	
	8. Aceitação social	
	9. Atualização social	
	10. Contribuição social	
	11. Coerência social	
Requer um alto nível de funcionamento em 6 ou mais descritores.		<b>Bem-estar Social</b>

É necessário o preenchimento de pelo menos um dos dois indicadores de hedonia e seis ou mais descritores do critério funcionamento positivo para serem preenchidos os critérios do florescimento (Baptista, 2013; Keyes, 2002; 2005; 2007; Westerhof & Keyes, 2010, Matos *et al.*, 2006).

Um estado em que os baixos níveis de bem-estar subjetivo são combinados com baixos níveis de bem-estar psicológico e social é designado de *languishing* (ausência de saúde mental positiva/definhar, vida vazia), aquele que não está em *languishing* ou *flourishing* é considerado um indivíduo com saúde mental moderada (Matos, *et al.*, 2006; Monte, Fonte & Alves, 2015). Perante isto, é possível conceber a existência de um *continuum* que vai da doença mental, passando pelo definhar, pela saúde mental moderada e finalmente pelo grau mais elevado do bem-estar - o florescimento (Keyes, 2002; 2005; 2007; Westerhof & Keyes, 2010; Lamers, *et al.*, 2011).

Neste sentido, destacamos os dados encontrados por Ferreira (2015) num estudo com adolescentes, no qual foram encontradas correlações positivas entre o estado *flourishing* e a realização académica. Sendo a população sobre a qual se debruça este estudo – estudantes do ensino superior, detentora de diversas investigações ligadas à psicopatologia, o conhecimento científico indica que a frequência universitária pode provocar uma crise a nível estrutural, funcional e emocional levando a eventual comprometimento da homeostasia psicológica e da saúde mental positiva (Heitor, Bastos & Saraiva, 2012). Porém, este período pode também motivar uma reorganização que conduza a novos modos de expressão e de execução ajustados à nova realidade diária e às conjunturas de vida dos estudantes englobando novos estilos de vida, rotinas e comportamentos mais saudáveis (Soares, Pereira e Canavarro, 2014).

Também Keyes (2002), no seu estudo efetuado com adultos, concluiu que o *flourishing* é mais prevalente nos homens do que nas mulheres. A par disto, parece haver uma queda dos níveis de saúde mental e bem-estar ao longo do curso em estudantes do 1º ciclo (até ao 3º ano) (Santos, 2011). No que respeita à área de estudos têm-se reunido algumas evidências de que os estudantes de saúde e de artes parecem ter níveis baixos de saúde mental comparativamente à população geral, ao passo que os alunos das ciências sociais e humanas apresentam melhores índices de bem-estar físico e psicológico (Costa, 2004; Santos, 2011; Sousa, 2011). Algumas investigações sugerem ainda que estudantes deslocados apresentam menor adaptação, menores índices

de bem-estar físico e psicológico e menor equilíbrio emocional em comparação com estudantes não deslocados (Costa, 2004), no entanto outros estudos não encontram qualquer diferença entre deslocados e não deslocados (Sousa, 2011).

Em suma, verifica-se que a avaliação dos aspetos positivos da saúde mental estabelece-se como um recurso importante para a promoção da saúde dos indivíduos, não apenas na presença de doença mental diagnosticada mas sim quando a pessoa definha/*languishing* ou tem saúde mental moderada. Já que a saúde mental positiva abrange um estado que favorece as habilidades de pensamento e comunicação, de aprendizagem, de crescimento emocional, de resiliência e de auto-estima (Siqueira, Jesus & Oliveira, 2007).

Sintetizando este capítulo, denota-se que a saúde mental deve ser compreendida através da presença ou ausência de psicopatologia, bem como a presença ou ausência de saúde mental positiva/bem-estar. Este último elemento da saúde mental (saúde mental positiva) pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento de doença mental, sendo essencial a sua promoção (Keyes, 2002; 2005; 2007; Monte, Fonte & Alves, 2015; Westerhof & Keyes, 2010). A saúde mental e o bem-estar são fundamentais (e tão importante como a saúde física) para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do ser humano, devendo a sua promoção, proteção e recuperação constituírem preocupações dos indivíduos, comunidades e sociedades (Monte, 2014; OMS, 2002; WHO, 2013).

É assim, da mesma forma importante a análise numa perspetiva psicopatológica, para uma compreensão global do conceito de saúde mental (Westerhof & Keyes, 2010). Desta forma, será abordada a Doença Mental no próximo capítulo, abarcando três patologias com elevada incidência na população global e académica.

## 1.2. Doença Mental: depressão, ansiedade e *stress*

A doença é uma concepção que diz respeito à ausência de um estado de bem-estar global, causada por uma multiplicidade de fatores (Ogden, 2006). De acordo com Pais Ribeiro (2007), dentro deste construto estão aglomerados três quadros - ter uma doença/*disease*, sentir-se doente/*illness* e comportar-se como doente/*sickness*.

Neste sentido, *illness*, é o que o doente sente quando vai ao médico e *disease* é o que ele tem quando retorna do médico, sendo possível um indivíduo sentir-se doente sem ter uma doença e encontrar doenças em pessoas com boa saúde (exemplo: descobertas em exames de rotina) (Pais Ribeiro, 2007). Assim, é de destacar que é possível e essencial a intervenção, se necessário simultânea, na saúde e na doença (Pais Ribeiro, 2007).

Para Keyes (2005) a saúde mental e a doença mental devem ser consideradas dois conceitos separados e medidos de forma distinta, na qual a saúde mental deve ser medida por indicadores de bem-estar e a doença mental por sintomas identificados em perturbações de doença mental.

A literatura não apresenta atualmente uma definição única para doença mental, no entanto, este conceito é explicado como uma condição clinicamente significativa, que interfere claramente com o funcionamento cognitivo, emocional e social do indivíduo. Envolve sofrimento ou incapacidade, perturbações neurológicas e/ou de uso de substâncias (WHO, 2005), alterações do pensamento e do humor e/ou comportamentos relacionados com a angústia pessoal e/ou prejuízo do funcionamento (OMS, 2002). Não sendo a doença mental apenas uma resposta esperada e sancionável culturalmente a um acontecimento particular (exemplo: morte de alguém próximo) e independentemente da causa original, este conceito deve ser percebido como consequência de uma combinação complexa entre fatores hereditários, biológicos, bioquímicos, psicológicos, sociais e culturais, os quais se combinam de forma individualizada em cada pessoa, gerando a doença mental (DSM-V, 2014; Morgan, *et al.*, 2013; Siqueira, Jesus e Oliveira, 2007).

Rara é a família que não tem algum tipo de contacto com perturbações mentais. Isto porque, segundo a OMS (2002) uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental em certa etapa da vida. Afeta homens, mulheres, crianças, diferentes

nacionalidades e estratos socioeconómicos, assim como familiares e amigos de indivíduos com algum tipo de doença mental (DSM-V, 2014; OMS, 2002).

Para ser classificada como perturbação/doença mental, a sintomatologia apresenta-se continuada ou recorrente, resultando numa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais áreas da vida (OMS, 2002). O diagnóstico destas perturbações é por norma feito de acordo com os sistemas de classificação do *Manual de Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais – DSM-V* ou da *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID* (DSM-V, 2014; OMS, 2002).

No que respeita à realidade portuguesa face à doença mental, em 2005, cerca de 27,2% da população residente em Portugal (com 15 ou mais anos) registava provável sofrimento psicológico, especialmente as mulheres, os que tinham terminado quatro anos de escolaridade (comparados com os que concluíram o ensino básico) e os desempregados, reformados e domésticos (Costa, 2004; INE, 2009 *cit. in* Ferreira, 2015; Santos, 2011). Os jovens são a “população futura” e neste sentido vários centros de aconselhamento nas instituições de ensino superior têm mostrado um aumento da prevalência assim como da severidade dos problemas psicológicos evidenciados pelos alunos que procuram ajuda. Uma menor resiliência pode levar a psicopatologia, ou eventuais dificuldades psicológicas preexistentes serem exacerbadas impossibilitando que o ensino superior seja um marco desenvolvimental ultrapassado com sucesso por muitos estudantes (Heitor, Bastos & Saraiva, 2012; Sarmiento, 2013).

Assim, na presente dissertação destacaremos três patologias com elevada incidência na população global e académica - A Depressão, a Ansiedade e o *Stress* (DSM-V, 2014; Heitor, Bastos & Saraiva, 2012; Monte, Fonte & Alves, 2015; OMS, 2002).

## **2.1. Depressão**

O termo depressão pode descrever um combinado de fenómenos, que em continuidade, variam entre o humor depressivo comum, também chamado de tristeza – afeta temporariamente a maioria das pessoas e é uma emoção normal – até ao patamar de uma doença médica grave onde essa tristeza se torna permanente ao longo do tempo,

em níveis de intensidade definidos, e em fusão com vários outros sintomas psicológicos e somáticos, afetando o funcionamento pessoal e social, e eventualmente, a própria vida (Gusmão, 2005; Maj. & Sartorius, 1999; Millon, Blaney & Davis, 1999).

É um dos problemas mais graves de saúde pública com que se deparam os países industrializados, e constitui a maior causa de incapacidade, podendo levar mesmo ao suicídio. Apresenta uma sintomatologia multifacetada, cuja manifestação é diversa consoante o indivíduo, marcada sobretudo por humor depressivo e/ou perda de prazer ou interesse (Bischoff, 2004; Gusmão, 2005; Maj. & Sartorius, 1999; Monte, 2014).

A depressão insere-se nas perturbações depressivas. E, pode ser classificada quanto ao grau de severidade, tendo em conta o número dos sintomas manifestados pelo indivíduo nomeadamente leve, moderada ou grave (DSM-V, 2014). Pode surgir episodicamente, mas pode ser também recorrente ou crónica (Hallstrom & McClure, 2000; Maj. & Sartorius, 1999; OMS, 2002). Cumprindo-se nos seguintes subtipos – perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva *major*, perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substâncias/medicamento, perturbação depressiva devido a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada (DSM-V, 2014; Hallstrom & McClure, 2000; Matos *et al.*, 2006). Sendo que, o que difere nestas perturbações é essencialmente a durabilidade, *timing* e etiologia presumida (DSM-V, 2014).

No que respeita ao seu diagnóstico, a característica comum a todas estas perturbações é a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, juntamente com alterações somáticas e cognitivas afectando de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo (DSM-V, 2014; Maj & Sartorius, 1999; Millon, Blaney & Davis, 1999).

Quanto à sintomatologia afetiva da depressão, é de mencionar melancolia, tristeza, choro fácil, apatia, angústia e desesperança. A nível cognitivo, envolve auto-estima muito baixa, pessimismo, redução de motivação e de interesse nas atividades, diminuição da concentração, generalização de atitudes negativas, exagero da seriedade dos problemas, sentimento injustificado de culpa, ideias de morte ou suicídio e processos de pensamento mais lentos. Já os sintomas motores, englobam retardamento

psicomotor, ou uma agitação psicomotora. Quanto a sintomas somáticos, os padrões de sono e apetite/alimentar são perturbados, interesse ou impulso sexual reduzido e diminuição da energia (Clow & Edmunds, 2014; Dalgarrondo, 2000; Ficher & Tarquinio, 2006; Hallstrom & McClure, 2000; Maj. & Sartorius, 1999; OMS, 2002).

A nível fisiológico, é descrito na literatura uma diminuição face aos neurotransmissores cerebrais (exemplo: norepinefrina e serotonina), tendo estes elevada influência no humor. Ocorrendo ainda um prejuízo no funcionamento do sistema imunológico (APA, 2011; Clow & Edmunds, 2014; Holmes, 2001; Makizako, *et al.* 2015; Morgan, 1997).

Esta patologia resulta da interação de um vasto leque de fatores biológicos, psicossociais e sociais, nomeadamente alterações em neurotransmissores cerebrais (exemplo: no funcionamento de serotonina, norepinefrina e dopamina); as adversidades na infância (exemplo: abuso físico, emocional ou sexual); eventos negativos ao longo da vida; pressões crónicas e recursos diminuídos para lidar com elas (exemplo: a falta de suporte social); o consumo de álcool e drogas e/ou características psicológicas do indivíduo (exemplo: neuroticismo ou pensamento negativo). Para além disto, é importante ter em consideração as relações interpessoais e experiências de vida, uma vez que esses têm um papel crucial na etiologia e manutenção da depressão (APA, 2011; Santos, 2011; Makizako, *et al.*, 2015).

O comportamento de isolamento social e o conseqüente evitamento das relações e experiências afetivas, torna os indivíduos vulneráveis à crítica e ao sofrimento acrescido desse julgamento (Callegari, 2000). Clow & Edmunds (2014) evidenciam que a atividade física enquanto promotor de interação social pode atuar também como promotor de uma redução ao nível de efeitos do *stress* psicossocial potenciadores de sintomatologia depressiva.

Por conseguinte, indivíduos deprimidos ostentam sintomas físicos agravados, menor adesão a tratamentos, diminuição dos comportamentos saudáveis, de autocuidado e qualidade de vida (Holmes, 2001; Monte, 2014).

A depressão é um problema de saúde pública extremamente preocupante e um dos mais comuns entre os estudantes do ensino superior (Bischoff, 2004; Holmes, 2001;

Millon, Blaney & Davis, 1999; Monteiro, 2012; Santos, 2011). Num estudo conduzido por Santos, Veiga & Pereira (2012) com 666 alunos apurou-se que 15 % dos estudantes exibiam depressão acima do normal sendo 11% ligeira e 4% moderada e severa. As consequências desta patologia na população estudantil do ensino superior são várias, nomeadamente, dificulta a resolução das tarefas desenvolvimentais, provoca uma deterioração no desempenho académico e aumenta o risco de ansiedade e de dificuldades interpessoais (Cristovão, 2012).

No que respeita a características sociodemográficas, a depressão pode afetar indivíduos em qualquer fase da vida, porém, no contexto dos estudantes do ensino superior a depressão tem início numa idade relativamente precoce e afeta principalmente as mulheres (OMS, 2002; Sarmiento, 2013; Sousa, 2011).

Segundo Folkes e Sime (1981) o exercício físico constitui uma forma de meditação que provoca estados alterados de consciência e fornece uma distração de estímulos geradores de depressão (Folkes & Sime, 1981 *cit. in* Cruz, 1996).

Verifica-se também uma alta comorbilidade entre a depressão e as perturbações de ansiedade (Monte, 2014; Rodrigues, 2012). Efetivamente, estas duas patologias partilham sintomas, etiologias, características clínicas, e tratamentos comuns e por isso vários autores consideram a ausência de interrupções, entre ansiedade e depressão (Gusmão, 2005).

Visto isto, aborda-se de seguida uma outra doença mental com elevada incidência na população – A Ansiedade.

## **2.2. Ansiedade**

O medo pode ser normal e até benéfico, pois é uma reação emocional a uma ameaça percebida, podendo resultar em energia e motivação. Porém, quando ocorre a antecipação de uma ameaça futura, estamos perante a Ansiedade que pode ser prejudicial e interferir com o desempenho e com o quotidiano (Acrés, 1998; DSM-V, 2014).

Por conseguinte, a Ansiedade é marcada pela sua intensidade excessiva em relação ao estímulo (Monte, 2014), ou seja, quando ocorre a um elevado nível sem qualquer justificação real para a sua existência numa dada situação, quando leva a consequências negativas, causa mal-estar ou interfere no funcionamento social, familiar, académico e/ou profissional (Holmes, 2001; Millon, Blaney & Davis, 1999).

Segundo a classificação do DSM-V (2014), nas perturbações da ansiedade enquadram-se - Perturbação de Ansiedade de Separação; Mutismo Seletivo; Fobia Específica; Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social); Perturbação de Pânico; Perturbação da Ansiedade Generalizada; Perturbação de Ansiedade Induzida por substância/medicamento; Perturbação de Ansiedade devido a outra Perturbação Médica; Perturbação da Ansiedade com Outra Especificação e Perturbação de Ansiedade Não Especificada (DSM-V, 2014).

No que respeita ao diagnóstico desta patologia, os principais fatores a ter em conta são o nível de gravidade e o défice funcional que os sintomas da ansiedade causam (Hallstrom & McClure, 2000). Ficher e Tarquinio (2006) admitem que a ansiedade é expressa essencialmente em dois registos: psicológico e somático. Millon, Blaney e Davis (1999), referem que a sintomatologia da ansiedade pode ser aglomerada essencialmente em quatro grupos de sintomas, nomeadamente, o humor, sintomas cognitivos, somáticos e motores.

No que respeita ao humor, a sintomatologia engloba pânico, apreensão, irritabilidade e aparecimento de sentimentos de condenação e/ou desastre. Já quanto a sintomas cognitivos, estes envolvem preocupações intrusivas, recorrentes e exageradas, pensamentos que refletem a apreensão e a preocupação muitas vezes antecipatória, a ruminação, a desatenção e a distratibilidade. Relativamente aos sintomas somáticos estes podem ser imediatos (exemplo: suor, boca seca, taquicardia, hiperventilação, sensação de “falta de ar”) que refletem o alto nível de estimulação do sistema nervoso autónomo, podendo surgir numa fase posterior (se a ansiedade é prolongada) fraqueza muscular, fadiga, colapso do sistema fisiológico e até mesmo levar a problemas mais sérios (exemplo: cólica intestinal e úlceras). A nível motor é de referir hiperatividade autónoma, vigília permanente, agitação motora sem objetivo e respostas de susto exageradas na presença de ruídos súbitos, o que reflete impaciência e inquietação (Clow

& Edmunds, 2014; Delgalarrondo, 2000; DSM-V, 2014; Ficher & Tarquinio, 2006; Hallstrom & McClure, 2000; Millon, Blaney & Davis, 1999).

Existe uma dificuldade em controlar a preocupação e a associação a sintomas como agitação, ou tensão interior, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, perturbações no sono e a tendência ao evitamento (APA, 2010; DSM-V, 2014). Sendo que a intensidade, duração ou frequência da preocupação são nitidamente desproporcionadas relativamente à probabilidade ou impacto do acontecimento temido (DSM-V, 2014).

A Ansiedade pode ser diferenciada em ansiedade-traço e ansiedade-estado. A ansiedade-estado tem um caráter transitório, marcado por sentimentos transitórios, conscientemente percebidos de tensão e apreensão e por um aumento da atividade no sistema nervoso autónomo limitado a um momento ou situação particular (Veigas & Gonçalves, 2009; Holmes, 2001). Já a ansiedade-traço insere-se mais nas características da personalidade do sujeito, havendo uma tendência de reação face a situações percebidas como ameaçadoras pela intensificação dos estados de ansiedade (Veigas & Gonçalves, 2009; Holmes, 2001).

Segundo Rodrigues (2012) fatores genéticos, ambientais e experiências vividas de caráter sofrido durante o desenvolvimento da personalidade, parecem estar coligados à ansiedade clínica; distúrbios subjacentes e preexistentes podem ser agravados por agentes stressantes específicos (exemplo: época de exames dos estudantes); estratégias de coping mal adaptativas, como a automedicação, abuso de álcool e outras substâncias sedativas podem exacerbar a perturbação de ansiedade.

A ansiedade tende a ser diagnosticada maioritariamente em mulheres, e nestas, há uma tendência à diminuição com a idade. Sendo maior a prevalência em indivíduos com mais de 18 anos de idade (Holmes, 2001; Rodrigues, 2012).

A evidência empírica aponta ainda para a ocorrência de uma redução dos níveis de ansiedade com a prática de atividade física. Sobre a qual, efeitos superiores foram encontrados na realização de atividades físicas aeróbias, com duração mínima de 30 minutos (Long & Stavel, 1995 *cit. in* Rodrigues, 2012).

No que respeita à comorbidade das perturbações de ansiedade com a depressão, autores mencionam que a ansiedade pode ser considerada um agente de risco para a evolução de depressão. É de salientar a existência de sintomas comuns à depressão e à ansiedade, tais como tensão, dificuldades em dormir, angústia, agitação e queixas somáticas (Hallstrom & McClure, 2000). Assim, quando a ansiedade ocorre juntamente com outra patologia observa-se maior gravidade e pior prognóstico (Monte, 2014).

Para além da depressão e da ansiedade também o *stress* interfere no bem-estar físico e psicológico, sendo considerado a grande epidemia da atualidade. Neste sentido é de grande pertinência o estudo do mesmo, tendo em conta a sua influência na saúde das populações.

### **2.3. Stress**

O *stress* é uma resposta não específica do organismo a uma exigência ou estímulo (Jr & Lating, 2013), é uma forma de ajuste e proteção do corpo a estímulos externos e internos, auxiliando-o a sobreviver e a criar alternativas para reagir às situações de ameaça (França & Rodrigues, 2005). Atualmente, a literatura estabelece uma distinção entre *stress* nocivo/negativo - *Distress* e *stress* positivo/benéfico - *Eustress* (Ogden, 2006).

O *Eustress* está associado a uma quantidade de *stress* que nos mantém interessados pela vida e nos faz enfrentar desafios face às exigências. Estados breves e controlados de desafio à homeostasia, podem ser vividos como estimulantes, incentivando até o desenvolvimento e o crescimento intelectual e emocional (Fonseca e Jordão, 2014). Este tipo de *stress* pode ser operacionalizado como uma resposta psicológica positiva a um *stressor*, enquanto indicador da presença de estados psicológicos positivos, refletindo em que medida a avaliação cognitiva de uma situação é vista como benéfica/potenciadora de bem-estar (Fonseca & Jordão, 2014).

Por outro lado, esta resposta é considerada negativa quando a reação aos eventos *stressores* diminui o bem-estar. Vaz Serra (2002) admite que perante uma nova situação os indivíduos nem sempre sabem o que fazer, sentem-se sem aptidões para ultrapassar as dificuldades e sem recursos, pessoais ou sociais a que possam recorrer para

solucionar a dificuldade, e aí surge o *Distress* - prejudicial e relacionado com o decréscimo das capacidades do indivíduo, originando uma sensação de impotência face aos obstáculos e uma conseqüente má adaptação à situação de exigência vivida (Fonseca & Jordão, 2014). A exposição intensa, repetitiva e prolongada a este tipo de *stress* conduz a conseqüências significativas na saúde mental e física dos indivíduos (APA, 2010; Jr & Lating, 2013; Stroebe & Stroebe, 1995).

Visto isto, neste trabalho sempre que posteriormente se remeter para o *stress* é no sentido de *distress*, uma vez que este é considerado um grave flagelo na sociedade atual.

Uma situação é geradora de *stress* quando é potencialmente prejudicial e caso o indivíduo considere que os seus recursos são insuficientes para impedir o resultado aversivo (Stroebe & Stroebe, 1995), sendo uma transação entre pessoas e o meio ambiente (Lazarus & Launier, 1978 *cit. in* Ogden, 2006) ou do próprio indivíduo (França & Rodrigues, 2005).

Por conseguinte, compreende-se que os indivíduos são seres psicológicos que avaliam o mundo exterior não respondendo apenas a ele. Assim, perante uma dada situação os sujeitos avaliam o acontecimento (irrelevante, positivo ou negativo), avaliam-se a eles próprios (exemplo: poderei eu lidar com isto?) e posteriormente avaliam as alternativas de resposta e os seus prós e contras, sendo selecionada uma estratégias de *coping* (Ogden, 2006; Pais Ribeiro, 2007). Deste modo, o *stress* pode ser visto também como produto da capacidade individual de autocontrolo, autoeficácia e domínio (Ogden, 2006). Se o indivíduo se considerar capaz de lidar eficazmente com a ameaçada, a resposta de *stress* não é ativada (Bennett & Murphy, 1999). O *stress* é influenciado pela personalidade, contexto, educação, fatores sociodemográficos, entre outros (Ogden, 2006).

Um *coping* adequado conduzirá a um adequado ajuste (exemplo: o bem-estar) (Pais Ribeiro, 2007), o estilo de *coping* regula ainda a ligação *stress*-doença (Ogden, 2006). As estratégias de *coping* podem ser orientadas para o problema (conjunto de esforços comportamentais e cognitivos para modificar a situação em que se encontra) ou orientadas para a emoção (conjunto de esforços para atenuar e suportar os estados emocionais criados pela situação). Vaz Serra (2002) acrescenta ainda estratégias focadas na interação social (Fischer & Tarquinio, 2006; Stroebe & Stroebe, 1995).

Quando um acontecimento é interpretado como *stressante*, suscita respostas fisiológicas, tais como: excitação do sistema simpático e aumento da libertação de hormonas de *stress*, como as catecolaminas e corticosteróides (noradrenalina e cortisol); aumento dos fatores físicos (exemplo: ritmo cardíaco, tensão arterial) e mudanças nos fatores psicológicos (exemplo: aumento do medo, ansiedade, fúria, diminuição da capacidade cognitiva) (Bennett & Murphy, 1999; Stroebe & Stroebe, 1995). Elevados níveis de *stress* diminuem a competência imunitária, existindo evidência de que fatores psicológicos podem influenciar tanto os indicadores humorais como os celulares, sobre o estado e a função do sistema imunitário (Ogden, 2006; Pais Ribeiro, 2007).

A literatura demonstra ainda que indivíduos com altos níveis de *stress* ostentam uma maior tendência para comportamentos que aumentam a probabilidade de adoecer/prejudicar-se, ligada a alterações negativas nas condutas relacionados com a saúde, através de uma via comportamental (exemplo: redução do nível de atividade física) ou através da via fisiológica (alterações nas hormonas associadas ao *stress*) (Ogden, 2006; Pais Ribeiro, 2007). Segundo Ogden (2006) o exercício físico pode reduzir o *stress* e o género pode determinar a resposta ao *stress* (melhorias a nível físico protegem os indivíduos dos efeitos do *stress* e da depressão). Já o suporte social e os acontecimentos de vida podem afetar o nível de *stress* e conseqüentemente a ligação *stress*-doença (Holmes, 2001; Ogden, 2006).

No que respeita aos estudantes do ensino superior, a entrada na Faculdade/Universidade é um momento positivo, contudo pode também ser um acontecimento *stressante* para alguns alunos. O *stress* experimentado pelos estudantes está fortemente associado às vivências académicas e, apresenta determinados efeitos negativos do ponto de vista emocional (exemplo: o aparecimento de perturbações de ansiedade e de humor) (Clow, A. & Edmunds, 2014; Holmes, 2001; Santos, 2011).

**Tabela 2.** Alguns Fatores de *Stress* nos Estudantes do Ensino Superior (adaptado de Silveira, *et al.*, 2011).

<b>Fatores de <i>Stress</i></b>	Deixar a casa dos pais e viver num ambiente novo
	Dar resposta às próprias expectativas e às dos pais
	Partilhar casa com novas pessoas

<b>nos Estudantes do Ensino Superior</b>	Problemas relacionais e necessidade de integração no grupo de pares
	Dificuldades em organizar o tempo e o dinheiro
	Maior consciencialização da própria identidade e orientação sexual
	Privação do sono
	Gerir trabalho/estudo/ responsabilidades domésticas e familiares
	Competição entre pares
	Preconceito étnico ou sub-cultural
	Preocupação em terminar o curso e arranjar emprego

Os estudantes defrontam uma série de desafios, daí deverem optar por estilos de vida saudáveis, relacionados com melhor adaptação e sucesso académico (Leal, 2006; Santos, 2011). Segundo a OMS (2002) é possível que haja mais fatores de *stress*, tanto reais como percebidos entre as mulheres. No que respeita à área de estudos os cursos ligados à saúde são considerados, por natureza, *stressantes* (Santos, 2011). Estudantes deslocados apresentam maior ansiedade e maior *stress* psicológico em relação aos estudantes não deslocados (Costa, 2004; Cristovão, 2012; Sousa, 2011).

Integrando os conteúdos deste capítulo compreende-se que a doença mental surge atualmente em inúmeras patologias, tais como: a depressão, a ansiedade e o *stress*, com grande influência negativa no indivíduo e na sociedade, evidenciando-se a necessidade de promoção da saúde mental e de prevenção da doença mental.

Uma vez que a literatura menciona que existe muito de “físico” nas perturbações mentais e muito de “mental” nas perturbações físicas e sendo a doença encarada como produto de uma combinação de fatores, o indivíduo já não é considerado uma vítima passiva, uma vez que a possibilidade de reconhecerem que o próprio comportamento tem um papel na origem da doença mostra que os mesmos podem ser considerados responsáveis pelo seu estado de saúde e pelas suas doenças (DSM-V, 2014; Ogden, 2006).

Assim, é analisado de seguida a importância de um estilo de vida não sedentário para a saúde mental, pela evidência dos benefícios psicológicos de ser fisicamente ativo integrando o bem-estar e a doença mental.

### **1.3. Atividade física, bem-estar e doença mental**

Vários são os dados científicos que a literatura refere sobre o importante contributo do exercício e da atividade física para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Biddle, Mutrie & Gorely, 2015; Leal, Pimenta & Marques, 2012). Uma vez que a ausência de sofrimento não implica, por si só, que o bem-estar apareça, é necessário procura-lo ou estimulá-lo diariamente (Baptista, 2013).

O crescimento da prevalência de psicopatologia na atualidade, possivelmente devido à adoção de estilos de vida menos saudáveis e/ou ao desgaste dos fatores de proteção, revelam a necessidade de prevenção da doença mental não apenas pelo aumento do consumo de psicofármacos, mas pelo investimento na educação para a saúde, em redes de suporte social eficazes, estilo de vida ativo e em estratégias de *coping* criativas e acessíveis, numa ótica de promoção da saúde e do bem-estar (Crone, Smith & Gough, 2006; Richardson, 2005; Siqueira, Jesus & Oliveira, 2007).

O estilo de vida é um dos determinantes que influenciam a saúde do indivíduo consistindo na forma como o indivíduo gere a sua vida e se relaciona consigo, com os outros e com o ambiente que o rodeia (Rapley, 2003; Soares, Pereira e Canavarro, 2014) abrangendo um aglomerado de padrões comportamentais estreitamente relacionados e dependentes das condições económicas e sociais, educação, idade e de outros fatores (WHO, 1996). O estilo de vida ativo e a prática regular de atividade física demonstram grande impacto na saúde física e mental, permitindo a prevenção de doenças e promovendo a saúde (Clow & Edmunds, 2014; Matos & Sousa-Albuquerque, 2006; Richardson, 2005; Veigas & Gonçalves, 2009).

Contudo, a relação entre exercício físico e benefícios psicológicos é complexa, devido à existência de várias formas e tipos de exercício. Nomeadamente, atividades de grupo ou individuais, desporto, desporto de competição ou atividade física de lazer, atividade aeróbica e anaeróbica, de intensidade moderada ou elevada, regular ou esporádica. Atividades essas realizadas por pessoas com imensas diferenças quanto às suas aptidões físicas e às suas competências, entre outros (Cruz, 1996; Leal, Pimenta & Marques, 2012; Veigas & Gonçalves, 2009).

É importante salientar que os benefícios psicológicos tal como os físicos também se alteram em função da faixa etária, das características da prática e do treino, do ambiente ou contexto (exemplo: com ou sem contacto com natureza), dos instrutores ou treinadores e da “população” em causa. Apesar de complexa, a relação existe, ou seja, a atividade física habitual pode realmente estar associada à promoção do bem-estar (Cruz, 1996; Leal, Pimenta & Marques, 2012; Veigas & Gonçalves, 2009).

Visto isto, importa antes de mais esclarecer alguns construtos relacionados com as formas e tipos de exercício, importantes na relação entre atividade física e benefícios psicológicos.

Por conseguinte, a atividade física pode ser considerada qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que origina um consumo de energia, ou seja, provoca um aumento do consumo energético para além dos níveis de descanso (Biddle, Mutrie & Gorely, 2015; Caspersen, Powell & Christenson, 1985; IDP, 2011; Leal, Pimenta & Marques, 2012; McIntyre, 1994). Desta forma, o nível de atividade física pode ser visto como o gasto de energia num determinado período de tempo (inclui todos os tipos de atividades físicas e é altamente subjetivo). E, pode ser descrito como baixo, moderado e alto, o que se traduz em termos de estilo de vida como inativo, ativo ou muito ativo (Kozáková, 2014).

Quanto ao exercício físico é um conceito menos amplo e diz respeito ao movimento corporal planeado, estruturado e repetitivo efetuado para melhorar ou manter um ou mais componentes da boa forma física (Biddle, Mutrie & Gorely, 2015; Caspersen, Powell & Christenson, 1985; IDP, 2011; Ogden, 2000). Já o desporto inclui todas as formas de atividade física que, por meio de uma participação organizada ou não, têm por objetivo a melhoria da condição física e psíquica, o desenvolvimento das relações sociais ou a obtenção de resultados em competições de todos os níveis (Biddle, Mutrie & Gorely, 2015; Dias, *et al.*, 2008).

Neste sentido, o exercício e o desporto são vistos como tipos específicos de atividade física e por conseguinte estes dois conceitos estão abrangidos pelo construto de atividade física. Não esquecendo o propósito “qualquer atividade física é melhor que nenhuma” (Straub, 2005; WHO, 2006).

A atividade física é atualmente percebida como um comportamento determinante da saúde e da capacidade funcional (IDP, 2011). E, integra uma complexa rede estrutural que envolve comportamento sedentário, atividade física no lazer (caminhar, dançar, jardinagem), transporte (andar a pé ou de bicicleta), atividade laboral, tarefas domésticas, desporto ou exercício planeado, no contexto das atividades diárias, família e comunidade. Por conseguinte, todos os tipos de atividades física são vantajosos (Trzan, 2013; WHO, 2006).

A atividade física no trabalho ou nos tempos livres, tem mostrado pertinentes resultados na prevenção de problemas cardiovasculares e musculo-esqueléticos e na promoção da sensação de bem-estar (Young, 1998). Já a “atividade física de lazer” abarca o uso do corpo e movimento de forma natural e livre, orientada especialmente para o prazer que a atividade física oferece (Leal, Pimenta & Marques, 2012). Compreende-se que existe uma relação entre o lazer e a saúde física e mental, o qual parece ter um importante papel no desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades (Carless & Douglas, 2010; Cristóvão, 2012).

Estudos demonstram que fazer exercícios moderados regularmente pode trazer benefícios consideráveis para a saúde. E, neste sentido, importa distinguir os exercícios aeróbicos de anaeróbicos. Os exercícios aeróbicos, aumentam a atividade pulmonar e cardiovascular, exigindo a utilização do oxigénio para a conservação da atividade (exemplo: natação, andar de bicicleta, correr), isto é, exercício produzido com baixa intensidade que eleva a frequência cardíaca através da atividade prolongada (Cruz, 1996; Straub, 2005; Stroebe & Stroebe, 1995; Veigas & Gonçalves, 2009). Já os exercícios anaeróbicos são de curta duração e elevam a frequência cardíaca em choques rápidos (exemplo: levantamento de pesos), produzido num curto espaço de tempo e com alta intensidade (Cruz, 1996; Stroebe & Stroebe, 1995; Straub, 2005; Veigas & Gonçalves, 2009).

Atualmente, surge a enunciação regular de um conjunto de advertências orientadas para uma prática de atividade física em níveis relevantes para a conservação da saúde e qualidade de vida (Clow & Edmunds, 2014; Leal, Pimenta, Marques, 2012; WHO, 2012), ou seja, recomendações sobre o que cada indivíduo deve fazer para conseguir ter um estilo de vida considerado ativo com benefícios na saúde (Clow & Edmunda, 2014; Morgan, *et al.*, 2013; Peluso & Andrade, 2005).

Por estilo de vida ativo, entende-se uma forma de vida que inclui atividade física no cotidiano. Sendo o objetivo para a população geral adulta (18-64 anos) reunir pelo menos meia hora de atividade por dia (Clow & Edmunds, 2014; Morgan, *et al.*, 2013; Peluso & Andrade, 2005; WHO, 2006). E, deste modo acumular pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada (30 minutos por dia, 5 dias por semana), ou 60-75 minutos por semana de atividade aeróbia de intensidade vigorosa (20 a 25 minutos por dia, 3 dias por semana), ou alguma combinação idêntica de atividade aeróbia moderada e vigorosa. A atividade não tem de ser executada de forma contínua, pode ser fragmentada em intervalos de pelo menos 10 minutos e realizada ao longo da semana (Clow & Edmunds, 2014; IDP, 2011; Morgan, *et al.*, 2013; WHO, 2006).

Portugal é um dos países com maiores taxas de sedentarismo, e a população académica tem vindo a apresentar-se cada vez mais inativa e sedentária. A redução de atividade física é particularmente causada pela modernização da vida cotidiana, inclusive no que respeita ao nível estudantil (bibliotecas online, webinários, cursos online, entre outros) (Kozáková, 2014; Morgan, 1997).

A WHO (2006) acrescenta que a população e os estudantes podem adquirir um estilo de vida fisicamente ativo, pela obtenção de novos comportamentos, tais como: andar diariamente a pé (exemplo: de e para a faculdade) procurando todas as pequenas oportunidades para ser ativo (exemplo: usar escadas, fazer desporto ou exercício durante a semana, recorrer a um ginásio ou piscina) e também aos fins-de-semana (exemplo: caminhadas, ciclismo e atividades que promovam a atividade física) (Biddle, Mutrie & Gorely, 2015; WHO, 2006).

Em geral, os benefícios na saúde incluem atividade física reconhecida a partir de intensidade moderada, uma vez que eleva os batimentos cardíacos e aumenta o metabolismo do corpo de 3 a 6 vezes o nível de repouso (WHO, 2006). Todavia, o exercício e a atividade física com maior impacto e benefícios psicológicos são aqueles que incluem divertimento e prazer gerado pela atividade, ou seja, tem de ser agradável para o praticante (o que revela o papel da escolha motivacional e da autodeterminação na prática), aeróbico ou de respiração rítmica abdominal, ausência de competição interpessoal, executado de forma regular (para aquisição de competência e automatismo), previsível, de intensidade moderada e cerca de pelo menos 20-30

minutos habitualmente incluídos no horário semanal (Cruz, 1996; Leal, Pimenta, Marques, 2012; Veigas & Gonçalves, 2009; WHO, 2006).

Deste modo, quando regular, a atividade física é uma das ferramentas chave para a promoção da saúde, e conseqüente melhoria da qualidade de vida, sendo o exercício capaz de prevenir e tratar distintas doenças crônicas, produzir sensação de bem-estar, aumentar a integração social e ocupar ativamente o tempo livre. Contudo, a caracterização destas atividades deverá englobar dados como duração, intensidade e frequência (Crone, Smith & Gough, 2006; McIntyre, 1994).

No que respeita aos benefícios do exercício físico, estes podem ser físicos, psicológicos e sociais. Englobam essencialmente os estados de humor, ansiedade, depressão, autoconceito e funcionamento cognitivo (Carless & Douglas, 2010; Clow & Edmunds, 2014; Faulkner & Taylor, 2005; Carneiro & Gomes, 2015).

A prática de exercício físico promove distintos efeitos fisiológicos e psicológicos, tais como: possibilita o aumento sanguíneo para o cérebro, estimula o sistema nervoso autónomo e despoleta a libertação de várias hormonas. Desencadeando uma sensação positiva que produz em algumas pessoas um efeito antidepressivo, de ausência de ansiedade e no mínimo uma maior sensação de bem-estar (Clow & Edmunds, 2014; Morgan, 1997; Morgan *et al.* 2013; Straub, 2005).

É despoletado um aumento na temperatura corporal que provoca efeitos tranquilizantes a curto prazo, ocorre descarga de tensão muscular, promoção da neurotransmissão de norepinefrina, serotonina e dopamina resultando numa melhoria dos estados de humor. Ocorre também a libertação de endorfinas que podem reduzir a sensação de dor e gerar um estado de euforia. Constitui ainda uma forma de distração, diversão ou “time-out” face ao *stress* do quotidiano e a pensamentos, emoções e comportamentos desagradáveis (APA, 2011; Carless & Douglas, 2010; Cruz, 1996; Faulkner & Taylor, 2005).

No que respeita à doença mental (e particularmente à depressão, ansiedade e *stress*), os resultados levados a cabo por Park e colaboradores (2011) demonstram uma associação negativa entre atividade física e perturbações depressivas e de ansiedade. Níveis moderados de atividade física parecem atuar também como fatores preventivos

na dependência do álcool (APA, 2011; Park *et al.*, 2011, Straub, 2005). O exercício aeróbico está relacionado com uma diminuição da depressão sendo este efeito maior nos indivíduos com níveis iniciais de sintomas depressivos mais elevados (Carless & Douglas, 2010; Cruz, 1996; Faulkner & Taylor, 2005; MCintyre, 1994; Morgan *et al.*, 2013; Ogden, 2000; Silveira, 2013). Cruz (1996) revela ainda que o exercício é um antidepressivo melhor que o relaxamento e que outras atividades agradáveis.

Assim, os efeitos antidepressivos do exercício físico, podem ser explicados pela hipótese de interação social, de distração e regulação das endorfinas (o aumento do fluxo sanguíneo e a oxigenação que acompanha o exercício pode ter um efeito benéfico a nível do sistema nervoso central) assim como o desenvolvimento de sentimentos de mestria e autocontrolo (fazem melhorar os estados depressivos, a auto-imagem e o autoconceito o que pode culminar na prevenção e em melhorias ao nível da depressão) (Clow & Edmunds, 2014; Crone, Smith, Gough, 2006; Cruz, 1996; Makizako, *et al.*, 2015; Rodrigues, 2012; Silveira, *et al.*, 2013). É fornecido também ao sistema de processamento central, informação proprioceptiva contraditória com o esquema cognitivo-emocional de depressão (Cruz, 1996).

Straub (2011) admite até que o hábito de correr, pode de forma natural fazer aquilo que drogas prescritas para a depressão fazem, pois na depressão dois neurotransmissores (norepinefrina e serotonina) que elevam a excitação e melhoram o humor ostentam níveis baixos e, a prática de exercícios aeróbicos, aumentam a atividade de serotonina no cérebro, o que pode prevenir/combater a depressão (APA, 2011; Carless & Douglas, 2010; Faulkner & Taylor, 2005; Makizako, *et al.*, 2015; Straub, 2005).

Relativamente à ansiedade, a literatura evidência que o exercício está associado a redução na ansiedade (para formas aeróbicas de exercício), podendo constituir um auxílio terapêutico, numa ótica de desconforto e tensão psicológica, sem serem atingidos ainda níveis clínicos (Clow & Edmunds, 2014; Faulkner & Taylor, 2005; Cruz, 1996). Ogden (2000) admite também que o exercício pode diminuir a ansiedade pelo facto de afastar a atenção do individuo daquilo que o torna ansioso/distratibilidade (APA, 2011; Clow & Edmunds, 2014; Faulkner & Taylor, 2005; Leal, Pimenta & Marques, 2012; Ogden, 2000).

No que diz respeito ao *stress*, o exercício pode ser visto como um fator mediador em relação à resposta ao *stress*, possibilitando modificar, pela distração/diversão, a avaliação de uma situação potencialmente stressante (exemplo: esta situação poderia causar *stress* mas se eu fizer exercício não irei pensar mais nela) ou pode agir como potencial estratégia de *coping* à qual se recorre numa situação considerada stressante (exemplo: esta situação causa *stress*, mas vou fazer exercício para deixar de pensar nela) (Carless & Douglas, 2010; Clow & Edmunds, 2014; Cruz, 1996; Ogden, 2000)

O nosso estilo de vida, como ir ao cinema, ler um livro, relaxar, etc., aliviam o *stress* apenas por oferecer uma mudança de ritmo, da mesma forma, os sujeitos que fazem estas atividades experimentam uma redução nos níveis de ansiedade igual a pessoas que praticavam exercício físico (APA, 2011; Carless & Douglas, 2010; Straub, 2005). Assim, a atividade física é um ótimo meio de descarga ou libertação de tensões, emoções ou frustrações, acumuladas pelas pressões e exigências da vida moderna, fruto de sociedades fortemente competitivas (Veigas e Gonçalves, 2009).

Visto isto, o humor sofre alterações positivas com a prática de exercício físico, sendo que existe possibilidade das mesmas ocorrerem devido às variáveis psicológicas que estão associadas (exemplo: a mudança física e a satisfação pela forma do corpo, a aparência e o sentir-se em forma) (APA, 2011; Faulkner & Taylor, 2005; Stroebe & Stroebe, 1995). O envolvimento regular em contextos de atividade física parece possuir potencial para a mudança da forma como as pessoas se percebem fisicamente, levando-as a sentirem-se melhores consigo próprias (avaliam mais positivamente o seu corpo) com influência positiva na qualidade de vida, na auto-estima e no autoconceito, contribuindo para o seu bem-estar físico e mental (APA, 2011; Clow & Edmunds, 2014; Cruz, 1996; Dias, *et al.*, 2008; Faulkner & Taylor, 2005; Rodrigues, 2012).

Nesta linha de pensamento, a qualidade de vida pode ser promovida pela prática de atividade física, uma vez que é proporcionado oportunidades de prazer e divertimento ou mesmo a possibilidade de vivenciar experiências ótimas, como o Flow (Carless & Douglas, 2010; Csikszentmihalyi, 2002; Leal, Pimenta & Marques, 2012), vivências estas fortes, memoráveis e muitíssimo recompensadoras (pelo que podem ter grande impacto no bem-estar) e que ocorrem frequentemente no exercício (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

A par disto, a grande quantidade de reforço social que é continuamente recebido e transmitido pelos indivíduos que fazem exercício e a percepção de aptidão física pode causar melhorias ao nível dos estados psicológicos; o estar envolvido com outros, pode levar ao aumento do sentido individual de auto-eficácia, do sentimento pessoal de disciplina e da competência (Clow & Edmunds, 2014; Crone, Smith & Gough, 2006; Morgan, 1997; Ogden, 2000; Stroebe & Stroebe, 1995) e as sensações de controlo e maestria promovem os sentimentos de bem-estar (Cruz, 1996).

O exercício facilita ainda o funcionamento cognitivo e assim as competências e aptidões cognitivas durante e depois do treino, promovendo o ajustamento/adaptação (Carless & Douglas, 2010; Cruz, 1996; Faulkner & Taylor, 2005; IDP, 2011) aumentando o bem-estar psicológico e melhorando a autoestima e a autoconfiança (Clow & Edmunds, 2014; IDP, 2011; Ogden, 2000). Tal como o optimismo é um recurso de saúde subjetivo para as doenças cardiovasculares, o exercício físico é um recurso de saúde funcional, uma vez que as pessoas que fazem uma quantidade moderada de exercício têm mais saúde e menos mortalidade (Seligman, 2011).

**Tabela 3.** Benefícios psicológicos do exercício em populações clínicas e não clínicas (adaptado de Cruz, 1996).

<b>Aumenta</b>	<b>Diminui</b>
Rendimento académico	Absentismo no trabalho
Assertividade	Abuso de álcool
Confiança	Irritação
Eficiência no trabalho	Neuroticismo e Ansiedade
Funcionamento intelectual	Confusão
Locus de controlo interno	Depressão
Memória	Dores de cabeça
Perceção	Hostilidade
Imagem corporal positiva	Fobias
Autocontrolo	Comportamento psicótico
Satisfação sexual	Tensão
Estabilidade emocional e bem-estar	Erros no trabalho

Importa não esquecer que os benefícios finais são provavelmente resultado de uma combinação de fatores biológicos (exemplo: produção de endorfinas, redução hormonas de stresse), psicológicos (exemplo: reforço da perceção de controlo e mestria), da participação em si e dos benefícios sociais e culturais da atividade física (WHO, 2006). Contudo, os benefícios ocorrem e promovem a saúde mental (Carless & Douglas, 2010; Crone, Smith, Gough, 2006; Leal, Pimenta & Marques, 2012; Cruz, 1996; Faulkner & Taylor, 2005; Leal, Pimenta & Marques, 2012; Straub, 2005).

No que respeita aos fatores que influenciam a adesão ao exercício físico, é de salientar variáveis pessoais, atléticas, estilo de vida, variáveis psicológicas, fatores intrínsecos, ambientais e características do exercício físico (Carneiro & Gomes, 2015; Morgan, 1997). Segundo Bennet e Murphy (1999) alguns dos obstáculos à prática de exercício envolvem não ter tempo suficiente e falta de apoio por parte de familiares e amigos.

O Instituto do Desporto de Portugal (2011) admite que os homens são mais ativos do que as mulheres, e particularmente na faixa etária dos 15 aos 24 anos (IDP, 2011). Já Sarmiento (2013) admite que tendencialmente os adolescentes vão diminuindo a sua atividade física à medida que vão entrando na idade adulta, existindo declínios de atividade física mais acentuados quando os jovens ingressam no ensino superior. A vida dos estudantes universitários sofre alterações devido ao novo contexto em que se inserem, aumentando os comportamentos não saudáveis como consumo de álcool e tabaco, assim como a adoção de um estilo de vida mais sedentário (Trzan, 2013).

Neste sentido, Trzan (2013) no seu estudo mostra que a prevalência de estudantes universitários inativos em Portugal é de 41% nos homens e 65% nas mulheres. Estudantes em boa forma física apresentam menos problemas de saúde relacionados com o *stress*, maior resistência a doenças, são mais autoconfiantes, menos deprimidos e *stressados* do que estudantes menos ativos. Desta forma, é notória a importância de recorrer à atividade física como prevenção de doenças e promoção da saúde também no domínio estudantil (Dias *et. col.*, 2008; Straub, 2005).

Visto isto, a promoção de um estilo de vida ativo junto dos estudantes do ensino superior evidencia-se necessária (Rodrigues, 2012), uma vez que é notório que cada

estudante pode ter uma grande influência no seu próprio estado de saúde (Carneiro & Gomes, 2015; Richardson, *et al.*, 2005; Stroebe & Stroebe, 1995).

Integrando conceitos, é inequívoco que a prática de atividade física regular tem um influente papel na promoção de um estilo de vida saudável (Dias, *et al.*, 2008). Sendo evidente que os modos de funcionamento do corpo e mente estão interrelacionados e se influenciam mutuamente (Dias, *et al.*, 2008; Leal, Pimenta e Marques, 2012; Ogden, 2006). Por conseguinte, pode ser visualizado um ciclo, no sentido em que um estilo de vida saudável eleva o bem-estar e a frequência de estados positivos, promovendo o aumento da felicidade e da saúde (física, mental, social, emocional, espiritual, ambiental, vocacional) (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

Assim, as pessoas mais felizes mantêm um controle regular sobre a saúde física, praticam exercício físico regularmente, fixando metas e objetivos pessoais realistas e conciliáveis com as suas competências e recursos pessoais disponíveis (Siqueira, Jesus & Oliveira, 2007).

Em suma, apesar dos benefícios sobre a saúde serem reconhecidos a prevalência da população que respeita os níveis recomendados de atividade física parece não ser muito elevada (Santos, *et al.*, 2009). Apresenta-se, de seguida, um estudo empírico com a finalidade de caracterizar e analisar a relação entre a saúde mental e o nível de atividade física em estudantes do ensino superior, fundamentado no enquadramento teórico até aqui descrito.

## **2. Objetivos do Estudo**

O objetivo geral deste estudo passa por caracterizar e analisar a relação entre a saúde mental e o nível de atividade física em estudantes do ensino superior. Quanto aos objetivos específicos, estes englobam:

- a) Caracterização dos participantes quanto às variáveis sociodemográficas;
- b) Caracterização dos participantes quanto à saúde mental e ao nível de atividade física;

c) Analisar a relação entre a saúde mental e os níveis de atividade física

d) Analisar as diferenças na saúde mental e nos níveis de atividade física, e de acordo com as variáveis sociodemográficas.

### **3. Método**

O estudo em causa, é de cariz quantitativo, transversal e descritivo-correlacional que recorre a instrumentos psicométricos de recolha de dados para a avaliação da saúde mental positiva e bem-estar, dos níveis de ansiedade, depressão e *stress*, assim como os níveis de atividade física da população em estudo.

#### **3.1. Participantes**

A população alvo deste estudo são estudantes com frequência atual no ensino superior, sendo este o critério de inclusão na investigação.

Este estudo é constituído por uma amostra de conveniência constituída por 164 estudantes do ensino superior, 42 (25.6%) do sexo masculino e 122 (74.4%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos (com uma idade média de 25 e desvio padrão de 7.5), os quais 29 (17.7 % da amostra) frequentam instituições de ensino superior públicas e 135 (82.3%) frequentam instituições de ensino superior privadas.

No que respeita à área de estudos os participantes frequentam maioritariamente cursos na área das ciências humanas e sociais (54.9%) (cf. tabela 4). Quanto ao ciclo de estudos, 92 frequentam a Licenciatura, 68 o Mestrado e 4 o Doutoramento. Já no que concerne ao ano frequentado, a maioria dos estudantes encontra-se no 1º (25.6%) e no 2º ano (37.5%), sendo que (18.3%) encontram-se no 3º ano, (6.7%) no 4º ano e (11%) no 5º ano (cf. tabela 4).

A maioria dos estudantes não estão deslocados (63,4%) e não são trabalhadores-estudantes (67,7%) (cf. tabela 4).

**Tabela 4.** *Caraterização sociodemográfica da amostra quanto ao ciclo e à área de estudos, ano frequentado, e à existência de estatutos: estudante-deslocado e trabalhador-estudante.*

		<b>Amostra (N=164)</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ciclo de estudos</b>	Licenciatura	92	56.1
	Mestrado	68	41.5
	Doutoramento	4	2.4
<b>Área de estudos</b>	Ciências humanas e sociais	90	54.9
	Ciências e tecnologias	27	16.5
	Ciências da saúde	47	28.7
<b>Ano</b>	1º	41	25
	2	60	36.6
	3	30	18.3
	4º	11	6.7
	5º	18	11
	NR	4	2.4
<b>Estudantes-deslocados</b>	Sim	60	36.6
	Não	104	63.4
<b>Trabalhadores-estudantes</b>	Sim	53	32.3
	Não	111	67.7

Relativamente à prática desportiva, a maioria dos estudantes não pratica desporto (58.5%). No entanto, dos estudantes que o praticam (41.5 % da amostra), a maioria executa apenas uma modalidade desportiva (25.1%) e não tem estatuto relacionado com a prática desportiva (38.4%) (cf. tabela 5). Sendo que 14.6% dos estudantes pratica atividades de ginásio, 11% corrida/caminhada, 5.5% natação, 5.5% atividades grupais/equipa e 4.9% outras (exemplo: ballet, cycling, zumba) (cf. tabela 5).

**Tabela 5.** *Caraterização sociodemográfica dos participantes quanto à prática desportiva, número de modalidades desportivas praticadas e estatuto relacionado com a prática desportiva*

		<b>Amostra (N=164)</b>	
		<i>n</i>	%
<b>Prática Desportiva</b>	Sim	68	41.5
	Não	96	58.5
		<b>Amostra (n=68)</b>	
		<i>n</i>	%
<b>Número de Modalidades</b>	1	41	25.1
	2	23	14
	3 ou mais	4	2.4
<b>Estatuto Desportivo</b>	Sim	2	1.2
	Não	63	38.4
	Sem resposta	3	1.9
<b>Atividade desportiva praticada</b>	Ginásio	24	14.6
	Corrida/caminhada	18	11
	Natação	9	5.5
	Atividade grupal/equipa	9	5.5
	Outras (exemplo: Ballet, <i>Cycling</i> , trampolins, Zumba, Ténis)	8	4.9

No que respeita à saúde, apenas 25% dos estudantes diz ter algum problema de saúde. Problemas estes, muito diversificados, grande parte relacionados com asma (8%), alergias (4.3%), problemas de coluna/musculares (2.4%), problemas renais (1.2%), de cariz psicológico (1.2%) e outros (6.1%) (cf. tabela 6).

**Tabela 6.** *Caraterização sociodemográfica dos participantes quanto à existência de problemas de saúde percebidos pelos estudantes e identificação dos mesmos.*

		<b>Amostra (N=164)</b>	
		<i>n</i>	%
<b>Existência de Problemas de Saúde</b>	Sim	41	25
	Não	123	75
		<b>Amostra (n=41)</b>	
		<i>n</i>	%
<b>Problemas de saúde</b>	Asma	13	8
	Alergias	7	4.3
	Problemas de coluna/musculares	4	2.4
	Problemas psicológico	2	1.2
	Problema Renais	5	3.0
	Outros (exemplo: Enxaquecas, Anemia, Diabetes, Miopia, Gastrite, sopro no coração, colesterol elevado, problemas da tiróide, dos ouvidos)	10	6.1

### 3.2. Instrumentos

Tendo em conta os objetivos desta investigação, recorreu-se aos seguintes instrumentos como forma de recolha dos dados pretendidos: Questionário Sociodemográfico (criado para o efeito) (ver anexo II), a *Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)* (ver anexo III), a *Escala Continuum de Saúde Mental- versão reduzida (Adultos) (MHC-SF)* (ver anexo IV) a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)* (ver anexo V), e por fim o *Questionário Internacional de Atividade física - versão Curta (IPAQ)* (ver anexo VI).

#### 3.2.1. Questionário sociodemográfico

Este questionário é constituído por 11 questões, e tem como finalidade caracterizar os indivíduos no que respeita ao sexo, idade, universidade/faculdade que frequentam, curso, ciclo de estudos (Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento), ano académico em

que se encontram, saída de casa (aluno deslocado), estatuto - trabalhador estudante, prática desportiva e a existência de estatuto relacionado com a mesma, assim como a existência de problemas de saúde.

### **3.2.2. Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)**

Esta escala é formada por 14 itens que avaliam a dimensão hedónica e eudaimónica da saúde mental, compreendendo o afeto positivo, relações interpessoais satisfatórias e funcionamento positivo (Tennant *et al.*, 2007).

Os itens espelham sentimentos e pensamentos, sobre os quais os participantes devem responder consoante a sua experiência, abrangendo as duas últimas semanas, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 representa “nunca” e 5 “sempre”). O mínimo de pontuação nesta escala é de 14, sendo o máximo de 70. A pontuação total desta escala é calculada através do somatório das respostas a cada item, representando as pontuações elevadas, altos níveis de bem-estar mental (Tennant *et al.*, 2007).

A WEMWBS tem apresentado em diversos estudos (realizados na população portuguesa) boas qualidades psicométricas, para diferentes populações e culturas (Ferreira, 2015; Monte, Fonte & Alves, 2015; Taggart *et al.*, 2013).

### **3.2.3. Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (MHC-SF)**

A utilização desta escala deve-se ao facto da mesma avaliar as três dimensões da saúde mental positiva – bem-estar emocional, psicológico e social. É um instrumento composto por 14 itens. Classificado numa escala tipo *Likert* de 6 pontos (1 representa “nunca” e 6 “todos os dias”) (Keyes, 2002; 2007; Lamers *et al.*, 2011; Monte, 2014).

O bem-estar emocional é composto por 3 itens, o bem-estar social por 5 itens e o bem-estar psicológico por 6 itens, categorizando os indivíduos em três categorias – *flourishing*, *languishing* e saúde mental moderada. Cada item representa assim o

sentimento de bem-estar, bem como a frequência com que o experienciou (Keyes, 2002; 2007; Lamers *et al.*, 2011).

Para serem classificados como *flourishing* devem pontuar com 5 ou 6 em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos seis dos onze itens de funcionamento positivo (bem-estar social e bem-estar psicológico). Já para que sejam classificados como *languishing* necessitam pontuar com 1 ou 2 em, pelo menos, um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo. Quando os indivíduos pontuam 3 ou 4, em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo são classificados com saúde mental moderada (Keyes, 2002; 2007; Monte, 2014).

A versão reduzida da *MHC-SF* tem revelado muito boa consistência interna e validade para diversas populações e diferentes nacionalidades (Ferreira, 2015; Monte, Fonte & Alves, 2015; Lamers *et al.*, 2011; Monte, 2014).

#### **3.2.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS- 21)**

Esta escala foi criada com o objetivo de avaliar a Ansiedade, a Depressão e o *Stress*, é composta desta forma pelas suas três subescalas, na qual cada uma delas é avaliada através de 7 itens, formando um total de 21 itens (Norton, 2007; Pais Ribeiro, *et al.*, 2004). As respostas dizem respeito à frequência ou gravidade, numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 “não se aplicou nada a mim” a 3 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), tendo em conta a última semana (Norton, 2007; Pais Ribeiro, *et al.*, 2004).

A subescala referente à ansiedade envolve construtos como ativação do sistema nervoso autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. Já a subescala da depressão inclui disforia, desanimo, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. Por fim, a subescala do *stress* abrange dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação, irritabilidade ou reação exagerada e impaciência (Pais Ribeiro *et al.*, 2004).

O resultado é calculado através da soma das respostas aos 7 itens que compõem cada subescala, podendo variar entre 0 (mínimo possível de pontuação) e 21 (máximo possível de pontuação), sendo que quanto maior for a pontuação maior será a ansiedade, depressão e/ou *stress* (Pais Ribeiro *et al.*, 2004).

Alguns estudos têm demonstrado que a EADS tem uma boa consistência interna, boas qualidades psicométricas e boa fiabilidade, assim como validade em diferentes culturas (Pais Ribeiro *et al.*, 2004; Ferreira, 2015; Monte, 2014).

### **3.2.5. Questionário Internacional de Atividade física - versão Curta (IPAQ).**

Esta versão do IPAQ é constituída por 7 itens e mede o nível de atividade física nos últimos 7 dias, facultando dados relacionados com 3 categorias de atividade, que correspondem ao tempo descrito em atividades físicas com intensidade vigorosa, moderada e sobre os hábitos relativos a andar a pé. Quer esses hábitos sejam inerentes à atividade de vida diária (atividades profissionais, domésticas, jardinagem, deslocações) ou atividade física organizada ou estruturada (exercício físico, desporto) (Craig *et al.*, 2003; Hallal & Victora, 2004).

Para cada uma das atividades (andar a pé, atividade física com intensidade moderada e vigorosa) é avaliada separadamente a frequência (medida em dias por semana) e a duração (medida em minutos por dia) (IPAQ Research Committee, revised, 2005; Santos, *et al.*, 2009; Santos, *et al.*, 2012).

O resultado global do IPAQ é obtido através do cálculo do valor MET- Minutos/semana, para cada tipo de atividade e no total das atividades, sendo que os METs são os múltiplos da taxa metabólica em repouso (variável contínua). Outro método de cálculo do resultado do questionário classifica os participantes como tendo um nível de atividade física baixo, moderado ou elevado (variável categórica) (IPAQ Research Committee, revised, 2005; Santos, *et al.*, 2009; Santos, *et al.*, 2012).

Para efeitos deste estudo, optou-se pela classificação dos participantes em níveis de atividade física (variável categórica). No entanto, esta opção não dispensa o cálculo dos MET/Minuto/semana dispendidos por cada um dos participantes nas atividades (IPAQ Research Committee, revised, 2005).

Assim, os indivíduos são classificados em três categorias - baixo, moderado e elevado, tendo em conta a frequência e duração (minutos/semana) e os MET, a energia gasta em cada atividade (Craig *et al.*, 2003; IPAQ Research Committee, revised, 2005).

No que corresponde ao nível baixo de atividade física são classificados os indivíduos que não reunirem critérios de classificação de nível moderado e elevado e aqueles que não praticam nenhuma atividade física pelo menos durante 10 min/semana (IPAQ Research Committee, revised, 2005; Pires, 2013; Santos, *et al.*, 2012; Silva, 2010)

Quanto ao nível moderado, será necessário que o indivíduo satisfaça um dos três critérios – pelo menos 5 dias/semana de uma atividade moderada ou caminhada, juntamente com 30 min/dia de uma atividade moderada e/ou caminhada ou pelo menos 3 dias/semana de uma atividade vigorosa com 20 min/dia de uma atividade vigorosa ou uma combinação de caminhada mais atividade moderada mais atividade vigorosa de pelo menos 600 Met-min/dia (IPAQ Research Committee, revised, 2005; Pires, 2013; Santos, *et al.*, 2012; Silva, 2010).

Para que os indivíduos sejam classificados com atividade física elevada, terão de satisfazer os seguintes critérios - atividade física de intensidade vigorosa durante pelo menos 3 dias, atingindo um total mínimo de atividade física de pelo menos 1500 MET – minuto/semana ou, mais dias de qualquer combinação de marcha, atividade de intensidade moderada ou vigorosa, atingindo um total mínimo de atividade física de pelo menos 3000 MET- minuto/ semana (IPAQ Research Committee, revised, 2005; Pires, 2013; Santos, *et al.*, 2012; Silva, 2010).

Para o processo de análise é necessário recorrer ao Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms (2005).

Importa salientar que este instrumento foi desenvolvido e testado para a faixa etária dos 15-69 anos e que, no que respeita à determinação das qualidades psicométricas dos dados fornecidos pelo IPAQ foi desenvolvido um estudo de validade e fidedignidade em 12 países, realizado por Craig *et al.* (2003), (entre os quais Portugal, desenvolvido em colaboração com a Universidade do Porto) (Craig *et al.*, 2003; Hallal & Victora, 2004; Pires, 2013; Santos, *et al.*, 2009; Santos, *et al.*, 2012; Silva, 2010).

### 3.3. Procedimento

Para a execução desta investigação, numa primeira fase procedeu-se ao pedido de autorização aos autores dos instrumentos. Nesse sentido, a administração da *Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (MHC-SF)* e da *Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)* foi autorizada pela Professora Doutora Carla Fonte. Já no que respeita à *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)* e ao *Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)*, estes encontram-se publicados, não sendo necessária a autorização por parte dos seus autores.

O projeto deste estudo foi posteriormente submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo sido declarado um parecer positivo quanto à sua realização.

Posteriormente, todos os questionários (consentimento informado, questionário sociodemográfico e os restantes instrumentos) foram convertidos para suporte informático, e colocados numa versão *online* como forma de facilitar o processo de resposta dos participantes e procurando a obtenção de uma maior amostra de estudantes do ensino superior.

Procurando resguardar e informar os participantes de todos os esclarecimentos quanto aos instrumentos e ao estudo em si, assim como, salvaguardar o anonimato e a confidencialidade, procedeu-se inicialmente à obtenção de autorização por parte dos participantes (consentimento informado). Por conseguinte, os estudantes assinalaram um quadrado com um X referente à opção por eles pretendida (Aceito participar neste estudo e fui informado(a) das suas características ou Não pretendo colaborar neste estudo), sendo este um fator necessário de acesso (caso aceite participar no estudo) ao questionário de dados sociodemográficos e aos restantes instrumentos.

Garantindo desta forma, que os participantes compreendem os objetivos do estudo e autorizam a utilização dos dados fornecidos (ver anexo I – Consentimento informado).

Todos os instrumentos estiveram disponíveis durante cerca de 3 meses (de 14-05-2015 a 14-08-2015) num *link* especificamente criado através do *Google Docs* a que os participantes tiveram acesso. Terminado este período, o *link* tornou-se indisponível.

Importa referir que numa fase prévia foi efetuado um “pré-teste”, que consistiu no envio do *link* do estudo a dois estudantes do ensino superior, aos quais foi pedido um *feedback* sobre eventuais dificuldades, erros e especificações da linguagem inerentes à participação no estudo (sendo que os mesmos não fizeram parte da amostra). Etapa esta, relevante na finalização do processo prévio à recolha de dados.

No que respeita à recolha de dados, esta foi efetuada por meio informático, de forma não-aleatória e pelo método *Snowball*, através da divulgação do *link* do estudo num grupo inicial de aproximadamente 30 estudantes do ensino superior sendo pedido a esses mesmos participantes a divulgação do *link* do estudo a outros membros da mesma população.

De ressaltar que as respostas dadas pelos sujeitos foram sumariadas num documento Excel criado automaticamente pelo *Google Docs*, que só ficaram disponíveis para o criador do questionário *online*.

Em suma, a análise dos dados foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 23). Por conseguinte, e, tendo presente o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo, foram utilizadas inicialmente análises descritivas, posteriormente testes de associação – Coeficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ ), Pearson ( $r$ ) e o *Teste Qui-quadrado* ( $\chi^2$ ), assim como Testes de Diferenças em Contexto de *Design intersujeitos* – *Teste T para Amostras Independentes* ( $t$ ), *teste de Mann-Whitney* ( $U$ ), *teste ANOVA Unifatorial* ( $F$ ) e o *teste de Kruskal-Wallis* ( $\chi^2$ ) (Martins, 2011).

## 4. Resultados

Procedeu-se anteriormente a uma análise descritiva dos dados relativos às características sociodemográficas, com recurso à estatística descritiva (1º objectivo - cf. tabelas 4, 5 e 6). Posteriormente proceder-se-à à análise dos restantes objetivos:

### b) Caraterização dos participantes quanto à saúde mental e quanto ao nível de atividade física

No que respeita às características clínicas, e, em particular à doença mental dos participantes, e assim aos níveis de Depressão, Ansiedade e *Stress*, verifica-se que os estudantes pontuam baixo, tendo em conta os valores mínimos e máximo possíveis, demonstrando baixos níveis de psicopatologia (cf. tabela 7).

**Tabela 7.** Caraterização da saúde mental dos estudantes em relação à depressão, ansiedade e stress.

<b>Amostra (N=164)</b>				
	<b>Mínimo (possível)</b>	<b>Máximo (possível)</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Depressão</b>	0.00	21.00	2.81	3.0
<b>Ansiedade</b>	0.00	21.00	4.74	3.1
<b>Stress</b>	0.00	21.00	5.37	3.2

No que concerne à saúde mental dos participantes, tendo em conta os valores mínimos e máximos possíveis referentes ao bem-estar mental geral (WEMWBS) é possível confirmar-se que os participantes pontuam relativamente alto, demonstrando altos níveis de bem-estar mental (cf. tabela 8).

Já quanto à Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF), e respetivamente ao bem-estar emocional, bem-estar social e ao bem-estar psicológico, é possível averiguar

que a amostra pontua relativamente alto, atendendo aos valores máximos e mínimos possíveis, encontrando-se maioritariamente em *flourishing* (cf. tabela 8 e 9).

**Tabela 8.** *Caraterização da saúde mental dos participantes em relação ao bem-estar mental em geral (WEMWBS), ao bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico (MHC-SF).*

<b>Amostra (N=164)</b>				
	<b>Mínimo (possível)</b>	<b>Máximo (possível)</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>WEMWBS</b>	14	70	49.45	10.59
<b>Bem-estar Emocional</b>	3	18	14.06	3.34
<b>Bem-estar Psicológico</b>	6	36	26.94	6.65
<b>Bem-estar Social</b>	5	30	17.76	5.86

Atendendo ao que já foi referido sobre os estados de saúde mental verifica-se que a maioria dos indivíduos se encontra em *flourishing* (59.1%) e a minoria em *languishing* (11%) demonstrando, desta forma, saúde mental positiva/bem-estar (cf. tabela 9).

**Tabela 9.** *Caraterização dos estados de saúde mental positiva dos participantes*

		<b>Amostra (N=164)</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estados de Saúde</b>	<b><i>Flourishing</i></b>	97	59.1
<b>Mental Positiva</b>	<b>Saúde mental moderada</b>	49	29.9
	<b><i>Languishing</i></b>	18	11

No que concerne ao nível de atividade física dos participantes, 28.7% evidência baixos níveis, 35.4% demonstra um nível moderado de atividade física, já 36% dos participantes apresenta níveis elevados de atividade física. Averiguam-se assim valores

muito próximos no que respeita às três categorias referentes ao nível de atividade física dos participantes deste estudo (cf. tabela 10).

**Tabela 10.** *Caraterização dos participantes quanto ao nível de atividade física*

		<b>Amostra (N=164)</b>	
		<i>n</i>	%
<b>Nível de atividade física</b>	<b>Baixo</b>	47	28.7
	<b>Moderado</b>	58	35.4
	<b>Elevado</b>	59	36

Em suma, é possível apurar que os estudantes do ensino superior desta amostra demonstram baixos níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e *stress*) e níveis relativamente elevados de saúde mental positiva, evidenciando de um modo global uma boa saúde mental. Os participantes apresentam ainda níveis muito próximos no que respeita às categorias baixo, moderado e elevado nível de atividade física.

### **C) Analisar a relação entre a saúde mental e os níveis de atividade física**

No que respeita à relação entre o nível de atividade física e a saúde mental positiva/bem-estar e doença mental, verifica-se a inexistência de correlações estatisticamente significativas entre a depressão ( $rs = 0.00, p = 0.96$ ), a ansiedade ( $rs = -0.36, p = 0.65$ ) e o *stress* ( $rs = -0.04, p = 0.96$ ) (cf. tabela 11).

Quanto à relação entre o nível de atividade física e o bem-estar mental global (WEMWBS) não se verifica uma correlação estatisticamente significativa ( $rs = -0.05, p = 0.51$ ), o mesmo se constata entre o nível de atividade física e o bem-estar emocional ( $rs = -0.14, p = 0.09$ ), o bem-estar social ( $rs = -0.11, p = 0.17$ ) e o bem-estar psicológico ( $rs = 0.01, p = 0.91$ ) (cf. tabela 11).

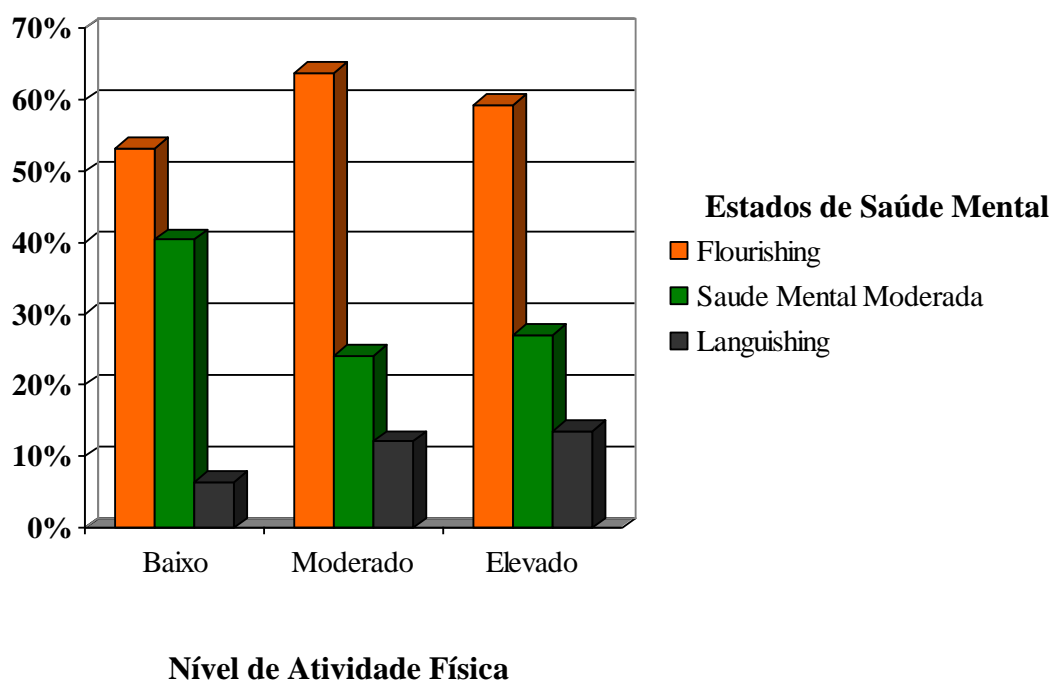
**Tabela 11.** *Análise da relação entre a saúde mental e os níveis de atividade física*

<b>Amostra (N=164)</b>	
<b>Nível de Atividade Física</b>	
	<i>rs</i>
<b>Depressão</b>	0.00
<b>Ansiedade</b>	- 0.36
<i>Stress</i>	- 0.04
<b>Bem-estar Emocional (BEE)</b>	-0.14
<b>Bem-estar Psicológico (BEP)</b>	0.01
<b>Bem-estar Social (BES)</b>	-0.11
<b>WEMWBS</b>	-0.05

No que respeita aos estados de saúde mental não se verifica uma associação estatisticamente significativa entre os níveis e atividade física (baixo, moderado, elevado) e os estados de saúde mental (*languishing*, saúde mental moderada e *flourishing*) ( $\chi^2(4) = 4.36, p = 0.36$ ).

Sobre o mesmo, constata-se pela análise da distribuição cruzada entre os estados de saúde mental e o nível de atividade física uma maior prevalência respeitante ao estado de saúde mental *flourishing* nos níveis de atividade física moderado e elevado, verifica-se ainda que os valores de saúde mental moderada são relativamente idênticos nos níveis de atividade física moderado e elevado (entre 20% e 30%), prevalecendo no nível de atividade física baixo (40%) (cf. figura 1).

Sendo globalmente perceptível uma certa uniformidade entre a variância dos estados de saúde mental face aos níveis de atividade física, no sentido de existir uma percentagem maior de indivíduos em *flourishing*, menor percentagem de saúde mental moderada e ainda mais reduzida percentagem para o estado de *languishing* ao longo dos três níveis de atividade física (baixo, moderado e elevado) (cf. figura 1).



**Figura 1.** Análise da distribuição cruzada entre os estados de saúde mental e o nível de atividade física

A par do mencionado, constata-se ainda correlações estatisticamente significativas entre a doença mental e a saúde mental positiva/bem-estar. Verifica-se uma correlação negativa e altamente significativa entre a depressão e o BEE ( $r = -0.27, p=0.00$ ), o BEP ( $r = -0.29, p=0.00$ ), o BES ( $r = -0.26, p=0.00$ ) e o bem-estar em geral (WEMWBS) ( $r = -0.41, p=0.00$ ) (cf. tabela 12).

Verifica-se também uma correlação negativa e muito significativa entre a ansiedade e o BEE ( $r = -0.24, p=0.00$ ), o BEP ( $r = -0.24, p=0.00$ ), o BES ( $r = -0.20, p=0.01$ ) e o bem-estar em geral (WEMWBS) ( $r = -0.46, p=0.00$ ). Averigua-se ainda uma correlação negativa e significativa entre o *stress* e o BEE ( $r = -0.18, p=0.02$ ), o BES ( $r = -0.18, p=0.02$ ) e o bem-estar em geral (WEMWBS) ( $r = -0.46, p=0.00$ ) (cf. tabela 12).

**Tabela 12.** Análise da relação entre a doença mental e a saúde mental positiva/bem-estar.

<b>Amostra (N=164)</b>			
	<b>Depressão</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Stress</b>
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
<b>Bem-estar Emocional (BEE)</b>	-0.27*	-0.24*	-0.18*
<b>Bem-estar Social (BES)</b>	-0.26*	-0.20*	-0.18*
<b>Bem-estar Psicológico (BEP)</b>	-0.29*	-0.24*	-0.13
<b>WEMWBS</b>	-0.41*	-0.46*	-0.46*

\* $p < 0.05$

Em suma, estes resultados permitem, globalmente, concluir que não se verificam correlações estatisticamente significativas entre a saúde mental e o nível de atividade física.

Averigua-se ainda que quando os níveis de bem-estar emocional e social aumentam os níveis de depressão, ansiedade e *stress* diminuem e vice-versa. Da mesma forma, quando os níveis de bem-estar psicológico aumentam, diminuem os níveis de depressão e ansiedade e vice-versa. E por fim, quando os níveis de bem-estar geral (WEMWBS) aumentam, os níveis de depressão, ansiedade e *stress* diminuem e vice-versa.

**d) Analisar as diferenças na saúde mental e nos níveis de atividade física, e de acordo com as variáveis sociodemográficas**

No que concerne ao nível de atividade física não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis relativas à saúde mental/bem-estar e doença mental (cf. tabela 13 e 14).

**Tabela 13.** *Diferenças entre o nível de atividade física (baixo, moderado e elevado) em função da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.*

<b>Nível de Atividade Física</b>			
<b>Baixo (n=47)</b>	<b>Moderado (n=58)</b>	<b>Elevado (n=59)</b>	
<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	F (2,161)

<b>Depressão</b>	2.74 (3.07)	3.00 (2.99)	2.68 (2.97)	0.19
<b>Ansiedade</b>	4.53 (2.96)	5.21 (3.25)	4.46 (3.05)	1.01
<b>Stress</b>	5.09 (3.22)	5.86 (3.28)	5.12 (3.02)	1.07
<b>(WEMWBS)</b>	50.43 (10.94)	49.52 (9.76)	48.61 (11.21)	0.38
<b>BEE</b>	14.62 (3.35)	13.93 (3.46)	13.75 (3.22)	0.96
<b>BES</b>	17.85 (5.75)	17.62 (6.54)	17.81 (5.30)	0.02
<b>BEP</b>	27.51 (6.90)	27.10 (6.66)	26.32 (6.49)	0.44

**Tabela 14.** *Diferenças entre o nível de atividade física (baixo, moderado e elevado) em função dos estados de saúde mental positiva.*

	Nível de Atividade Física			X <sup>2</sup>
	Baixo (n=47)	Moderado (n=58)	Elevado (n=59)	
	Ordem média	Ordem média	Ordem média	
<b>Estados de saúde mental</b>	85.31	79.47	83.24	0.54

No que respeita ao género não se verificam diferenças significativas entre o género e a depressão ( $t(162) = -0.24, p=0.81$ ), a ansiedade ( $t(162) = -0.53, p=0.60$ ) e o stress ( $t(162) = -0.15, p=0.88$ ). O mesmo se verifica para o BEE ( $t(162) = 0.50, p=0.62$ ), BES ( $t(162) = 0.40, p=0.69$ ), BEP ( $t(162) = 0.15, p=0.88$ ), para o bem-estar global em geral (WEMWBS) ( $t(162) = 0.39, p=0.70$ ) e para o nível de atividade física ( $u=2455.50, p=0.67$ ) (cf. tabela 15 e 16).

**Tabela 15.** *Diferenças entre o género masculino e o género feminino, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.*

	Género		
	Masculino (n=42)	Feminino (n=122)	t (162)
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Depressão</b>	2.71 (2.92)	2.84 (2.99)	-0.24
<b>Ansiedade</b>	4.52 (3.16)	4.82 (3.09)	-0.53

<i>Stress</i>	5.31 (3.20)	5.39 (3.18)	-0.15
<b>WEMWBS</b>	50 (11.79)	49.26 (10.20)	0.39
<b>BEE</b>	14.29 (3.31)	13.98 (3.37)	0.50
<b>BES</b>	18.07 (4.70)	17.65 4. (6.22)	0.40
<b>BEP</b>	27.07 (5.68)	26.89 (6.97)	0.15

Contudo, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes do género masculino e feminino ao nível dos estados de saúde mental (*flourishing*, saúde mental moderada, *languishing*) ( $u=20.92$ ,  $p=0.04$ ). Compreende-se pela análise que os estudantes do género feminino relatam mais estados negativos de saúde mental do que os estudantes do género masculino (cf. tabela 16).

**Tabela 16.** *Diferenças entre o género masculino e o género feminino, ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.*

<b>Género</b>			
	<b>Masculino (n=42)</b>	<b>Feminino (n=122)</b>	
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	<i>u</i>
<b>Estados de saúde mental</b>	71.31	86.35	2092*
<b>Nível de atividade física</b>	85.04	8163	2455.50

\* $p < 0.05$

Relativamente à idade, segundo a Direção Geral de Ensino Superior (2005) a faixa etária dos 18 aos 23 anos é a que prevalece neste contexto. Por este motivo, neste estudo a amostra foi dividida em dois grupos relativamente à idade (faixa etária dos 18 aos 23 anos e com mais de 23 anos).

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a depressão ( $t(162) = 0.89$ ,  $p=0.37$ ), ansiedade ( $t(162) = 1.49$ ,  $p=0.14$ ) e o *stress* ( $t(162)$

= 1.55,  $p=0.12$ ). O mesmo se verifica para o BES ( $t(162) = -0.88$ ,  $p=0.08$ ), o BEP ( $t(162) = 0.70$ ,  $p=0.11$ ), para o bem-estar global em geral (WEMWBS) ( $t(162) = -0.68$ ,  $p=0.50$ ), para os estados de saúde mental ( $u=2971$ ,  $p=0.23$ ) e para o nível de atividade física ( $u=3069,50$ ,  $p=0.44$ ) (cf. tabela 17 e 18).

Porém, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o BEE ( $t(162) = 1.97$ ,  $p=0.04$ ). Os estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos de idade relatam maior bem-estar emocional (BEE) do que os estudantes com mais de 23 anos de idade (cf. tabela 17).

**Tabela 17.** *Diferenças entre os estudantes dos 18 aos 23 anos de idade e os estudantes com mais de 23 anos, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.*

	Idade		$t(162)$
	Dos 18 aos 23 anos	Mais de 23 anos	
	( $n=94$ )	( $n=70$ )	
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Depressão</b>	2.99 (3.17)	2.57 (2.69)	0.89
<b>Ansiedade</b>	5.05 (3.34)	4.33 (2.72)	1.49
<b>Stress</b>	5.70 (3.52)	4.93 (2.60)	1.55
<b>WEMWBS</b>	48.97 (10.68)	50.10 (10.53)	-0.68
<b>BEE</b>	14.50 (2.90)	13.47 (3.80)	1.97*
<b>BES</b>	18.45 (5.87)	16.83 (5.76)	0.88
<b>BEP</b>	27.65 (6.27)	25.99 (7.05)	0.70

\* $p < 0.05$

**Tabela 18.** *Diferenças entre os estudantes dos 18 aos 23 anos de idade e os estudantes com mais de 23 anos, ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.*

<b>Idade</b>			
	<b>Dos 18 aos 23 anos</b>	<b>Mais de 23 anos</b>	
	(n=94)	(n=70)	
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	<i>u</i>
<b>Estados de saúde mental</b>	85.89	77.94	2971
<b>Nível de atividade física</b>	80.15	85.65	3069,50

No que concerne à condição de estudante-deslocado, não se verificam quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre ser ou não estudante deslocado e a depressão ( $t(162) = 1.66, p=0.10$ ), a ansiedade ( $t(162) = 1.91, p=0.06$ ) e o stress ( $t(162) = 0.65, p=0.52$ ). O mesmo se verifica para o BEE ( $t(162) = -0.03, p=0.98$ ), o BES ( $t(162) = 0.02, p=0.99$ ), o BEP ( $t(162) = -0.89, p=0.38$ ), para o bem-estar global em geral (WEMWBS) ( $t(162) = -1.10, p=0.27$ ), para os estados de saúde mental ( $u=2918,50, p=0.43$ ) e para o nível de atividade física ( $u=3102,00, p=0.95$ ) (cf. tabela 19 e 20).

**Tabela 19.** *Diferenças entre os estudantes deslocados e não deslocados (saída de casa), ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.*

	<b>Estudante-deslocado</b>		
	<b>Sim (n=60)</b>	<b>Não (n=104)</b>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>t(162)</i>
<b>Depressão</b>	3.33 (3.42)	2.52 (3.64)	1.66
<b>Ansiedade</b>	5.35 (3.52)	4.39(2.79)	1.91
<b>Stress</b>	5.58(3.40)	5.25(3.05)	0.65
<b>WEMWBS</b>	48.25(11.19)	50.14(10.23)	-1.10
<b>BEE</b>	14.05 (3.48)	14.07(3.28)	-0.03
<b>BES</b>	17.77(6.17)	17.75(5.70)	0.02
<b>BEP</b>	26.33(7.20)	27.29(6.25)	-0.89

**Tabela 20.** *Diferenças entre os estudantes deslocados e não deslocados (saída de casa) ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.*

<b>Estudante-deslocado</b>			
	<b>Sim (n=60)</b>	<b>Não (n=104)</b>	
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	<i>u</i>
<b>Estados de saúde mental</b>	85.86	80.56	2918,50
<b>Nível de atividade física</b>	82.20	82.67	3102,00

Relativamente ao estatuto trabalhador-estudante, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao nível da depressão ( $t(162) = 1.66, p=0.74$ ), da ansiedade ( $t(162) = 1.91, p=0.81$ ), do stress ( $t(162) = 0.65, p=0.41$ ), do bem-estar global geral ( $t(162) = 0.63, p=0.97$ ), e do BEE ( $t(162) = -1.62, P=0.11$ ). Verifica-se o mesmo entre os grupos - ter e não ter estatuto trabalhador-estudante, ao nível dos estados de saúde mental ( $u=2770, p=0.49$ ) e do nível de atividade física ( $u=2923,50, p=0.95$ ) (cf. tabela 21 e 22).

Todavia, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o estatuto de trabalhador-estudante e o BES ( $t(162) = -1.96, P=0.04$ ), o mesmo se averigua para o BEP ( $t(162) = -2.95, p=0.00$ ). Os estudantes que não têm estatuto trabalhador-estudante relatam níveis superiores de bem-estar social (BES) e de bem-estar Psicológico (BEP) (cf. tabela 21).

**Tabela 21.** *Diferenças entre os estudantes que têm estatuto de trabalhador-estudante e estudantes que não têm estatuto trabalhador-estudante, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.*

<b>Trabalhador-estudante</b>		
<b>Sim (n=53)</b>	<b>Não (n=111)</b>	
<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>t(162)</i>

<b>Depressão</b>	2.92 (3.37)	2.76 (2.77)	1.66
<b>Ansiedade</b>	4.66 (3.08)	4.78(3.13)	1.91
<b>Stress</b>	5.08(3.06)	5.51(3.23)	0.65
<b>WEMWBS</b>	49.49(11.22)	49.43(10.34)	0.03
<b>BEE</b>	13.45 (3.54)	14.35(3.22)	-1.62
<b>BES</b>	16.47(5.35)	18.37(6.01)	-1.96*
<b>BEP</b>	24.77(7.28)	27.79(6.08)	-2.95*

\* $p < 0.05$

**Tabela 22.** *Diferenças entre os estudantes que têm estatuto de trabalhador-estudante e estudantes que não têm estatuto trabalhador-estudante ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.*

<b>Trabalhador-estudante</b>			
	<b>Sim (n=53)</b>	<b>Não (n=111)</b>	
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	<i>u</i>
<b>Estados de saúde mental</b>	85,74	80,95	2770
<b>Nível de atividade física</b>	82,84	82.34	2923,50

Referente à prática desportiva não se verifica diferenças estatisticamente significativas ao nível da depressão ( $t(162) = -0.92, p=0.36$ ) da ansiedade ( $t(162) = -1.10, p=0.27$ ), do stress ( $t(162) = -0.76, p=0.45$ ), do bem-estar mental em geral (WEMWBS) ( $t(162) = -0.28, p=0.78$ ), do bem-estar emocional ( $t(162) = 0.66, p=0.51$ ), do bem-estar social ( $t(162) = 0.29, p=0.78$ ), do bem-estar psicológico ( $t(162) = -0.27, p=0.79$ ), dos estados de saúde mental positiva ( $u = 3056,50, P=0.43$ ) e dos níveis de atividade física ( $u = 1459,50, P=0.06$ ) (cf. tabela 23 e 24).

**Tabela 23.** *Diferenças quanto à prática desportiva, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.*

<b>Prática Desportiva</b>			
	<b>Sim (n=68)</b>	<b>Não (n=96)</b>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>t (162)</i>
<b>Depressão</b>	2.56 (3.02)	2.99 (2.93)	-0.92
<b>Ansiedade</b>	4.43 (2.92)	4.97(3.22)	-1.10
<b>Stress</b>	5.15(3.04)	5.53(3.27)	-0.76
<b>WEMWBS</b>	49.18(11.06)	49.65(10.31)	-0.28
<b>BEE</b>	14.26 (3.01)	13.92(3.03)	0.66
<b>BES</b>	17.91(5.15)	17.65(6.33)	0.29
<b>BEP</b>	27.10(6.22)	26.82(6.96)	0.27

**Tabela 24.** Diferenças quanto à prática desportiva, ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.

<b>Prática Desportiva</b>			
	<b>Sim (n=68)</b>	<b>Não (n=96)</b>	
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	<i>u</i>
<b>Estados de saúde mental</b>	85.55	80.34	3056,50
<b>Nível de atividade física</b>	109.04	63.70	1459,50

No que concerne à existência de problemas de saúde não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da depressão ( $t(162) = 1.02, p=0.31$ ), da ansiedade ( $t(162) = 0.44, p=0.66$ ), do stress ( $t(162) = 0.89, p=1.76$ ), do bem-estar global (WEMWBS) ( $t(162) = -1.76, p=0.08$ ), do BEE ( $t(162) = -1.77, p=0.08$ ) e do BES ( $t(162) = -1.52, p=0.13$ ) (cf. tabela 25 e 26).

Todavia, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudantes que relatam ter problemas de saúde e os que referem não ter problemas de saúde ao nível do bem-estar psicológico (BEP) ( $t(162) = -2.10, p=0.04$ ). Os alunos que não têm problemas de saúde, evidenciam maior bem-estar psicológico (BEP) face aos que têm problemas de saúde (cf. tabela 25).

**Tabela 25.** Diferenças quanto à existência de problemas de saúde, ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social e do bem-estar psicológico.

<b>Problemas de Saúde</b>			
	<b>Sim (n=41)</b>	<b>Não (n=123)</b>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>t (162)</i>
<b>Depressão</b>	2.56 (3.02)	2.99 (2.93)	1.02
<b>Ansiedade</b>	4.43 (2.92)	4.97(3.22)	0.44
<b>Stress</b>	5.15(3.04)	5.53(3.27)	0.89
<b>WEMWBS</b>	49.18(11.06)	49.65(10.31)	-1.76
<b>BEE</b>	14.26 (3.01)	13.92(3.03)	-1.77
<b>BES</b>	17.91(5.15)	17.65(6.33)	-1.52
<b>BEP</b>	27.10(6.22)	26.82(6.96)	-2.10*

\* $p < 0.05$

**Tabela 26.** Diferenças quanto à existência de problemas de saúde ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física.

<b>Problemas de Saúde</b>			
	<b>Sim (n=41)</b>	<b>Não (n=123)</b>	
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	<i>u</i>
<b>Estados de saúde mental</b>	81.43	82.86	2477,50
<b>Nível de atividade física</b>	81.26	82.91	2470,50

No que concerne ao ciclo de estudos frequentado pelos alunos desta amostra, não se verificam diferenças estatisticamente significativas para as variáveis em estudo (cf. tabela 27 e 28).

**Tabela 27.** *Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico, em função do ciclo de estudos.*

	Ciclo de Estudos			F (2,161)
	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	
	(n=92)	(n=68)	(n=4)	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Depressão</b>	2.84(2.86)	2.87(3.19)	1.25 (0.50)	0.57
<b>Ansiedade</b>	4.92(3.25)	4.69 (2.96)	3.00 (1.16)	0.86
<b>Stress</b>	5.49 (3.32)	5.31 (3.02)	3.75 (2.22)	0.60
<b>(WEMWBS)</b>	50.10 (10.52)	48.41 (10.81)	52.25 (9.59)	0.64
<b>BEE</b>	14.25(3.33)	13.88 (3.35)	12.75 (3.95)	0.55
<b>BES</b>	17.62 (6.16)	18.01 (5.62)	16.50 (2.52)	0.18
<b>BEP</b>	26.85(6.87)	26.91 (6.50)	29.50 (3.88)	0.30

**Tabela 28.** *Diferenças ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física em função do ciclo de estudos.*

	Ciclo de Estudos			X2
	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	
	(n=92)	(n=68)	(n=4)	
	Ordem média	Ordem média	Ordem média	
<b>Estados de saúde mental</b>	88.22	76.74	49	5.66
<b>Nível de atividade física</b>	80.80	82.57	120.38	3.01

Relativamente à área de estudos dos participantes não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis consideradas (cf. tabela 29 e 30).

**Tabela 29.** Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico em função da área de estudos.

<b>Área de Estudos</b>				
	<b>Ciências Humanas e Socias (n=90)</b>	<b>Ciências e Tecnologias (n=27)</b>	<b>Ciências da Saúde (n=47)</b>	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>F</i> (2,161)
<b>Depressão</b>	2.99 (3.02)	3.37 (2.96)	2.17 (2.17)	1.73
<b>Ansiedade</b>	4.80 (3.09)	5.56 (3.51)	4.17 (2.82)	1.76
<b>Stress</b>	5.60 (3.15)	5.74 (3.30)	4.72 (3.13)	1.40
<b>(WEMWBS)</b>	50.13 (10.64)	45.75 (11.03)	50.28 (10.03)	2.01
<b>BEE</b>	13.80 (3.43)	13.74 (3.64)	14.74 (2.95)	1.39
<b>BES</b>	17.06 (5.83)	17.37 (6.31)	19.32 (5.47)	2.42
<b>BEP</b>	26.90 (6.37)	25 (7.42)	28.13 (6.56)	1.93

**Tabela 30.** Diferenças ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física em função da área de estudos.

<b>Área de Estudos</b>				
	<b>Ciências Humanas e Socias (n=90)</b>	<b>Ciências e Tecnologias (n=27)</b>	<b>Ciências da Saúde (n=47)</b>	
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	<i>X<sup>2</sup></i>
<b>Estados de saúde mental</b>	81.55	85.17	82.79	0.161
<b>Nível de atividade física</b>	86.35	76.56	78.54	1.51

No que concerne ao ano frequentado pelos estudantes, os grupos não se distinguem em nenhuma das variáveis consideradas (cf. tabela 31 e 32).

**Tabela 31.** *Diferenças ao nível da depressão, da ansiedade, do stress, do bem-estar mental em geral (WEMWBS), do bem-estar emocional, do bem-estar social, do bem-estar psicológico em função do ano frequentado.*

	Ano					F (4,155)
	1º Ano (n=41)	2º Ano (n=60)	3º Ano (n=30)	4º Ano (n=11)	5º Ano (n=18)	
	<i>Média</i> (DP)	<i>Média</i> (DP)	<i>Média</i> (DP)	<i>Média</i> (DP)	<i>Média</i> (DP)	
<b>Depressão</b>	2.95	3.15	2.23	2.18	3.06	0.63
<b>Ansiedade</b>	4.88	4.88	4.63	4.82	4.50	0.07
<b>Stress</b>	5.51	5.42	5	5.45	5.83	0.21
<b>(WEMWBS)</b>	48.44	49.17	50.30	54.64	47.50	0.95
<b>BEE</b>	14.39	14.02	13.97	14	13.94	0.11
<b>BES</b>	19	17.43	17.40	18	16.72	0.66
<b>BEP</b>	28.10	26.20	27.40	25.45	26.33	0.69

**Tabela 32.** *Diferenças ao nível dos estados de saúde mental positiva e do nível de atividade física em função do ano frequentado.*

	Ano					x <sup>2</sup>
	1º Ano (n=41)	2º Ano (n=60)	3º Ano (n=30)	4º Ano (n=11)	5º Ano (n=18)	
	<i>Ordem</i> <i>média</i>	<i>Ordem</i> <i>média</i>	<i>Ordem</i> <i>média</i>	<i>Ordem</i> <i>média</i>	<i>Ordem</i> <i>média</i>	
<b>Estados de saúde mental</b>	85.72	79.31	86.83	66.36	70.67	3.82
<b>Nível de atividade física</b>	74.67	83.87	81.12	67.36	89.56	2.87

Por conseguinte, procurando englobar os objetivos propostos e o enquadramento teórico realizado nesta investigação, efetua-se de seguida uma discussão dos resultados acima apresentados procurando a sua integração.

## 5. Discussão dos Resultados

Tendo presente os resultados acima demonstrados expõe-se sumariamente os resultados mais significativos assim como a discussão dos mesmos, realizando-se uma análise por objetivos.

Tendo em conta a literatura que evidência a relação entre a atividade física e a saúde mental, e porque a necessidade de alerta para estas temáticas nunca é de mais, o presente estudo teve como objetivo geral caracterizar e analisar a relação entre a saúde mental e o nível de atividade física em estudantes do ensino superior.

Nesta investigação foi possível verificar no que respeita à caracterização sociodemográfica (**1º objetivo**) que a amostra composta por 164 estudantes do ensino superior maioritariamente de instituições de ensino privadas, constitui-se na sua maioria por mulheres e por não desportistas. Compreende-se que é muito significativo o número de jovens do género feminino, o que pode estar eventualmente relacionado com uma maior aposta por parte das jovens na procura de profissões que requerem a frequência de um curso superior, uma vez que atualmente é elevado o número de estudantes do género feminino no ensino superior português (PORDATA, 2015; Porta-Nova, 2009).

Já no que respeita à prática desportiva, estudos admitem que a prevalência de estudantes universitários inativos em Portugal é de 41% nos homens e 65% nas mulheres (Trzan, 2013), também Dias, *et al.* (2008) encontrou no seu estudo um elevado número de estudantes (praticamente metade da amostra) que não praticava qualquer tipo de modalidade desportiva, estes resultados incorporam em certa medida os resultados mais significativos aqui descritos encontrados no nosso estudo relativamente à caracterização sociodemográfica.

No que concerne à caracterização dos participantes quanto à saúde mental e quanto ao nível de atividade física (**2º objetivo**) verifica-se que os estudantes deste estudo demonstram baixos níveis de psicopatologia (depressão, ansiedade e *stress*) e níveis relativamente altos de saúde mental positiva, sendo que a maioria dos participantes se encontra em *flourishing* e a minoria em *languishing*. Outros estudos apresentam resultados semelhantes (níveis relativamente baixos de psicopatologia e níveis relativamente elevados de saúde mental positiva (numa população que não é estudante

porém relativamente jovem) (Monte, Fonte e Alves, 2015)), outras investigações indicam também que a maioria dos jovens entre os 18 e os 30 anos de idade encontram-se em *flourishing* (Keyes *et col.*, 2012). Curiosamente, estes resultados aproximam-se da ideia de Soares, Pereira e Canavarro (2014) admitindo que os estudantes adultos do ensino superior apresentam um estado de saúde relativamente bom e que na sua maioria não apresentam comportamentos/atitudes de saúde negativos no seu estilo de vida.

No que respeita ao nível de atividade física dos estudantes deste estudo, são apresentados níveis muito próximos quanto às categorias baixo, moderado e elevado nível de atividade física. Estes resultados obtidos, revelam que a amostra não se diferencia a este nível, ou seja, existe grande homogeneidade face aos 3 níveis de atividade física, e, neste sentido apenas é de mencionar a diversidade de perspetivas na literatura, uma vez que segundo o Instituto do Desporto de Portugal (2011) os homens são mais ativos do que as mulheres e na faixa etária dos 15 aos 24 anos (faixa etária que prevalece no que respeita à frequência universitária), no entanto outros estudos referem que tendencialmente os adolescentes vão diminuindo a sua atividade física à medida que vão entrando na adultez, existindo declínios de atividade física mais acentuados quando ingressam no ensino superior (Sarmiento, 2013; Trzan, 2013). Apesar da amostra deste estudo não possibilitar assumir uma postura de entre as salientadas (pela homogeneidade de valores), é importante ter presente que alguns dos participantes revelam um nível de atividade física baixo, o que poderá ter eventuais implicações no bem-estar.

Relativamente à análise da relação entre a saúde mental e os níveis de atividade física (**3º objetivo**) não se verifica uma associação estatisticamente significativa entre os níveis de atividade física (baixo, moderado, elevado) e os estados de saúde mental (*languishing*, saúde mental moderada e *flourishing*). Constatando-se porém uma ligeira prevalência do estado de *flourishing* nos níveis de atividade física moderado e elevado. Estes resultados não nos permitem afirmar a existência de uma correlação significativa entre as variáveis em estudo, divergindo desta forma de alguns resultados encontrados na literatura científica, nomeadamente Dias, *et al.* (2008) admitindo no seu estudo que os indivíduos que avaliavam a sua vida mais positivamente praticavam desporto mais regularmente, indicando análises correlacionais que destacam a existência de associações positivas entre as variáveis felicidade/bem-estar e prática desportiva. Outros

autores referem esta mesma associação, mas ao mesmo tempo enfatizam a necessidade de mais investigação sobre esta temática (Crone, Smith & Gough, 2006), de facto o mesmo seria necessário como forma de aprofundar mais e melhor a eventual relação entre estas variáveis.

Este estudo possibilitou ainda verificar que quando o nível de bem-estar geral aumenta, os níveis de depressão, ansiedade e *stress* diminuem ( e vice-versa). Visto isto, é compreensível a necessidade de promoção do nosso bem-estar como forma de prevenir/lidar com a doença mental. Tal como os resultados encontrados neste estudo, também outros evidenciam que a depressão, ansiedade e *stress* se encontram negativamente correlacionadas com o bem-estar, visto que o bem-estar implica sintomas como vitalidade emocional, sentimentos positivos em relação à vida e presença de sintomas de funcionamento positivo (Keyes, 2007), já indivíduos com as patologias referidas ostentam sintomas físicos agravados, menor adesão a tratamentos, diminuição dos comportamentos saudáveis, de autocuidado e qualidade de vida, assim compreende-se que os resultados obtidos vão de encontro ao que seria esperado (Holmes, 2001; Monte, Fonte & Alves, 2015).

Já no que concerne à análise de diferenças na saúde mental e nos níveis de atividade física, e de acordo com as variáveis sociodemográficas (**4º objetivo**) compreende-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o nível de atividade física (baixo, moderado e elevado) em função da depressão, ansiedade, *stress* e do bem-estar mental.

Estes resultados divergem do que é mencionado na literatura, uma vez que estudos apontam para o nível de atividade física como um fator com possíveis implicações no que respeita à saúde mental e ao bem-estar (Cruz, 1996) visto que em comparação com adultos menos ativos, indivíduos mais ativos apresentam menores taxas de depressão, alterações positivas do humor, redução da ansiedade e acentuação da recuperação face a fontes psicossociais pontuais de stresse (Clow & Edmunds, 2014; Faulkner & Taylor, 2005; WHO, 2011). Tal como ficou esclarecido no enquadramento teórico apresentado neste estudo, existe uma série de componentes associadas ao exercício/atividade física que predizem/influenciam o impacto e os benefícios psicológicos (agradabilidade, ausência de competição, regularidade, características e ambiente, entre outros) estes aspetos poderão de certa forma estar relacionados com os resultados obtidos. A par

disto, as características do instrumento que avalia a atividade física (IPAQ) apresenta algumas complexidades (já referidas noutros estudos em que foi usado o mesmo instrumento (Claumann, Pereira e Pelegrini, 2014)) que em certa medida poderão também ter influenciado estes mesmos resultados (nomeadamente pela escassez de informação quanto às tais características e componentes presentes e influentes da atividade física), no entanto este é um aspeto que será abordado posteriormente onde é feita referência às limitações do presente estudo (conclusão). De qualquer forma, parece-nos que seria necessário desenvolver mais (e até com outras metodologias) estudos futuros que nos permitissem aprofundar os resultados adquiridos e a discussão dos mesmos.

Quanto às variáveis sociodemográficas, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativos ao ciclo de estudos, ano, área de estudos, estudantes-deslocados e quanto à prática desportiva, em nenhuma das variáveis consideradas. Estes resultados distanciam-se de outros encontrados na literatura e mencionados ao longo deste estudo, o que poderá eventualmente estar relacionado com diversos aspetos, nomeadamente algumas das limitações que serão salientadas na conclusão desta investigação.

Porém, no que respeita ao género, averiguam-se diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes do género masculino e feminino ao nível dos estados de saúde mental (*flourishing*, saúde mental moderada, *languishing*), demonstrando que os estudantes do género feminino relatam mais estados negativos de saúde mental do que estudantes do género masculino. Estes resultados encontrados divergem dos apresentados por Monte, Fonte e Alves (2015) uma vez que este não encontrou qualquer relação entre as variáveis estudadas, no entanto aproximam-se dos estudos de Keyes (2002) que refere no seu estudo efetuado com adultos, que o *flourishing* é mais prevalente nos homens do que nas mulheres, sendo o mesmo admitido por Almeida (2014) cujos resultados atribuem padrões de saúde mental mais elevados os homens.

Face à idade verificam-se diferenças significativas entre a idade e o bem-estar emocional, demonstrando que os estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos de idade relatam maior bem-estar emocional do que os estudantes com mais de 23 anos de idade. Importa antes de mais, mencionar que atualmente indivíduos de distintas idades ingressam no ensino superior, no entanto segundo a Direção Geral de

Ensino Superior (2005), a faixa etária dos 18 aos 23 anos é a que prevalece. Por este motivo, nesta investigação os participantes foram divididos em dois grupos relativamente à idade (faixa etária dos 18 aos 23 anos e com mais de 23 anos).

Estes resultados respeitantes à idade dos estudantes do ensino superior vão de encontro a alguns estudos que demonstram a existência de correlações positivas entre a idade e o bem-estar emocional (Ferreira, 2015) e nomeadamente uma relação heterogénea entre a idade e os níveis de bem-estar (Westerhof & Keyes, 2010), um resultado distinto mas que pode estar relacionado é o de Monte, Fonte e Alves (2015) o qual verifica que os jovens com menos idade são os que apresentam níveis mais elevados de *flourishing*. Estes resultados podem eventualmente estar relacionados com uma maior adaptação dos estudantes mais jovens ao contexto académico (à instituição, aos colegas e ao envolvimento em atividades extracurriculares) (Porta-Nova, 2009), a maior atividade e comportamento pró-social (Lyubomirsky, King e Diener, 2005) e a maior participação em grupos (exemplo: grupos de amigos, desportivos, de trabalhos académicos) (Freire, *et al.* 2013; Passareli & Silva, 2007), todos estes aspetos ligados à idade dos estudantes poderão assim influenciar o bem-estar emocional dos mesmos (Porta-Nova, 2009).

Verificam-se também diferenças estatisticamente significativas entre o estatuto de trabalhador-estudante e o bem-estar social, verificando-se o mesmo para o bem-estar psicológico, indicando que os estudantes que não têm estatuto trabalhador-estudante relatam níveis superiores de bem-estar social e de bem-estar psicológico.

Apesar de este não ser um aspeto frequentemente abordado na literatura, e de autores mencionarem que não existe uma relação entre a situação trabalhador-estudante e eventuais problemas de saúde mental (Porta-Nova, 2009). Compreende-se que o facto dos estudantes percecionarem mais as dificuldades na gestão dos recursos económicos, e/ou terem menos tempo para despendem no lazer/interação interpessoal (como é eventualmente o caso dos trabalhadores-estudantes) podem ser aspetos relacionados com menores níveis de bem-estar psicológico e social. Os trabalhadores-estudantes têm mais complexidades na adaptação à instituição e à vida académica e nas interações, assim como um eventual menor envolvimento em atividades de natureza extracurricular desenvolvidas nas instituições de ensino superior, de natureza cultural, recreativa e desportiva, deste modo, estes e outros aspetos poderão estar relacionados com os

resultados obtidos (Clauman, *et al.*, 2014; Porta-Nova, 2009). Lembrando que a maioria dos participantes desta amostra frequentam o ensino superior privado (tendo em conta a perceção relativamente aos seus ganhos/custos por parte dos estudantes) seria pertinente perceber se a condição de trabalhador-estudante surge por terem de pagar sozinhos os seus estudos, para contribuírem nas propinas e assim ajudarem a sua família a suportar a despesa, ou por uma outra razão, numa ótica de melhor integração e discussão destes resultados obtidos.

Por fim, verificam-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao grupo de estudantes que relatam ter problemas de saúde e os que referem não ter problemas de saúde em função do bem-estar psicológico, indicando que os alunos que não têm problemas de saúde evidenciam bem-estar psicológico mais elevado face aos que têm problemas de saúde. Os problemas de saúde mencionados pelos estudantes abarcam asma, alergias, problemas de coluna e musculares, problemas psicológicos, nomeadamente ansiedade e depressão (comprovando que estas são as patologias mais presentes nesta população), problemas renais e outros (exemplo: enxaquecas, anemia, diabetes, miopia, gastrite, sopro no coração, colesterol elevado, problemas da tiróide e dos ouvidos), ou seja, um largo e diversificado espectro de complicações ao nível de saúde é mencionado pelos estudantes deste estudo.

A literatura salienta que a perceção pessoal do estado de saúde está mais fortemente ligada ao bem-estar, comparativamente à existência efetiva de problemas ao nível da saúde (Novo, 2005). Neste sentido e tal como seria de esperar estando o bem-estar psicológico relacionado com o sentimento positivo e o pensamento construtivo do ser humano acerca de si próprio intimamente relacionado com aspetos do funcionamento físico, psíquico e social (García-Viniegras e Benítez, 2000), a perceção da saúde dos estudantes sobre eles próprios numa ótica problemática poderá eventualmente levar a uma diminuição destes parâmetros que constituem o bem-estar psicológico. A par disto, são evidenciadas também relações estreitas entre o envolvimento interpessoal e a saúde em geral, no plano físico e mental (Ryff, 1989) o que poderá estar relacionado com os resultados alcançados, uma vez que dimensões abrangidas pelo bem-estar psicológico (exemplo: auto-aceitação e a maestria ambiental) poderão ser influenciadas por um problema de saúde e/ou perceção do mesmo.

Após uma integração dos resultados expostos, apresenta-se a conclusão global do presente estudo de uma forma crítica e reflexiva.

## 6. Conclusão

Esta conclusão pretende ser uma reflexão crítica global, sintetizando os principais resultados, integrando as eventuais limitações associadas a este estudo, os principais contributos e implicações assim como possíveis sugestões para estudos futuros.

Considerando a saúde mental como a base para o bem-estar e o funcionamento eficaz do indivíduo e da comunidade. É perceptível a importância da promoção do bem-estar/saúde mental positiva, sendo que a mesma pode ser conseguida através da implementação de um estilo de vida saudável (exemplo: prática de atividade física).

A título conclusivo, na presente amostra os estudantes do género feminino relatam mais estados negativos de saúde mental do que estudantes do género masculino. Os estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos relatam maior bem-estar emocional do que os estudantes com mais de 23 anos de idade; os que não têm estatuto trabalhador-estudante relatam níveis superiores de bem-estar social e bem-estar psicológico e ainda os alunos que não têm problemas de saúde evidenciam bem-estar psicológico mais elevado face aos que têm problemas de saúde.

Comprova-se também que quando os níveis de bem-estar aumentam, de um modo geral, os níveis de doença mental diminuem e vice-versa. A par disto, a maioria dos participantes evidencia valores muito homogêneos no que respeita ao nível de atividade física (baixo, moderado e elevado) não se diferenciando nestas categorias, sendo perceptível que alguns estudantes desta amostra têm um baixo nível de atividade física o que pode ser um fator de risco relacionado com o bem-estar. Os estudantes deste estudo, apresentam níveis baixos de psicopatologia (depressão, ansiedade e *stress*) e a maioria encontra-se em *flourishing*, enquanto a minoria se encontra em *languishing*. No entanto, importa não esquecer que alguns destes estudantes do ensino superior encontram-se, desta forma, em saúde mental moderada e em *languishing* e desta forma com maior possibilidade de desenvolvimento de uma perturbação mental (Keyes, 2002), o que

demonstra uma vez mais a necessidade de promoção da saúde mental positiva e do bem-estar.

No que respeita às limitações deste estudo, é de referir que sendo esta uma amostra de conveniência e com um número de participantes relativamente pequeno para um estudo de natureza quantitativa, poderão ser sempre levantadas algumas reservas quanto aos resultados obtidos e à sua representatividade face à população, uma vez que estes aspetos poderão eventualmente ter influenciado os resultados alcançados, não permitindo a generalização dos mesmos à população-alvo, sendo o mesmo salientado por outros autores (Almeida, 2014; Monte, Fonte & Alves, 2015; Pais-Ribeiro, 2007).

De mencionar ainda que a recolha dos dados, com recurso aos instrumentos de auto-resposta, via *online*, leva a algumas limitações, tais como baixo feedback, eventual desconfiança dos inquiridos sobre a segurança da internet e respostas baseadas na perceção pessoal assim como socialmente desejáveis. Ainda no que respeita aos instrumentos é de referir que foi percecionada alguma fragilidade do instrumento para verificar o nível de atividade física – IPAQ, o qual não permite uma avaliação precisa, clara e simples do tempo despendido em diferentes atividades, trazendo algumas complexidades no que respeita às análises estatísticas, além de se mostrar confuso relativamente à sua interpretação para os académicos (Claumann, Pereira & Pelegrini, 2014). Contudo, como já foi mencionado, existem também vantagens associadas ao mesmo e aos restantes instrumentos, sendo que estes foram essencialmente escolhidos com base na sua curta extensão. De salientar por fim, algumas limitações metodológicas, como o viés de memória característico das medidas retrospectivas (Soares, Pereira & Pelegrini, 2014).

Todavia, deste estudo derivaram conhecimentos pertinentes que poderão ser úteis numa ótica de alerta/informação e eventualmente na implementação de projetos de intervenção promotores de saúde, qualidade de vida e/ou facilitadores da transição/adaptação e permanência face à frequência universitária dos estudante do ensino superior. É deveras importante a aposta na promoção do bem-estar tendo por base as potencialidades, capacidades, recursos psicológicos e o *empowerment* do estudante, alicerçado nos princípios da psicologia positiva (Santos, Veiga, & Pereira, 2010), ao contrário de ser dado um foco exclusivo às suas fragilidades ou na remediação dos seus problemas ou dificuldades (Lucas, Oliveira, Faria, Coelho & Soares, 2014).

Por conseguinte, no que respeita às contribuições desta investigação, para além de possibilitar o aumento de conhecimento científico sobre estas temáticas, é de salientar a pertinência deste estudo na área da saúde mental, fornecendo importantes contributos para o entendimento da saúde mental numa perspetiva global e positiva, possibilitando o aperfeiçoamento das estratégias de intervenção psicológica. E assim, com utilidade para a prática da psicologia face à promoção da saúde mental, bem-estar e prevenção da doença inclusive no contexto educacional, social, clínico e da saúde.

Relativamente a estudos futuros parece pertinente ampliar a investigação da saúde mental completa e dos contributos da atividade física a outras faixas etárias e populações, para uma compreensão mais aprofundada e como forma de aprimorar a intervenção nesta área. Seria importante também replicar investigações deste género utilizando outras formas de recolha de dados, e até eventualmente direcionadas para outras áreas relacionadas (exemplo: implicações psicológicas do desporto de alta competição ou do exercício anaeróbico, entre outros).

Em suma, seria importante e necessário efetuarem-se propostas de intervenção ao nível de promoção de saúde positiva e do bem-estar, se possível incluindo a prática de atividade física, isto direcionado aos estudantes e/ou à população em geral sempre com posteriores avaliações das intervenções implementadas, nomeadamente workshops, ações de sensibilização, sessões de relaxamento, programas de intervenção estruturados, entre outros.

## 7. Referências Bibliográficas

- Acres, D. (1998). *Passing Exams without Anxiety*. Oxford: How to Books.
- Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.
- Albuquerque, F. J. B.; Martins, C. R. e Neves, M. T. S. (2008). Bem-estar subjectivo emocional e *coping* em adultos de baixa renda de ambientes urbano e rural. *Estudos de Psicologia: Campinas* 25 (4), 509-516.
- Almeida, J. S. P. (2014). *A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior. Estudo de Prevalência e Correlação*. Tese De Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas
- APA (2010). Understanding Anxiety Disorders and Effective Treatment. *Disponível em* <http://www.apapracticecentral.org/outreach/anxiety-disorders.pdf>.
- APA, (2011). The Exercise Effect. *Disponível em* [http://www.nxtbook.com/nxtbooks/apa/monitor\\_201112/indexemplohp?startid=51#/58](http://www.nxtbook.com/nxtbooks/apa/monitor_201112/indexemplohp?startid=51#/58)
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ballesteros, B., Medina, A. & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica Bogotá (Colombia)*, 5 (2), 239-258.
- Baptista, A. (2013). *O poder das Emoções positivas*. Lisboa: Pactor.
- Bennett, P. e Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Biddle, S. J. H.; Mutrie, N. & Gorely, T. (2015). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*. New York, NY: Routledge.

Bischoff, R. (2004). Depression. *Journal of Couple and Relationship Therapy, Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 3 (4), 81-88.

Callegari, A. (2000). *Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão*. Lisboa: Editorial Estampa.

Carless, D. & Douglas, K. (2010). *Sport and Physical Activity for Mental Health*. United Kingdom: Wiley-Blackwell Publication.

Carneiro, L. & Gomes, A. R. (2015). Fatores Pessoais, Desportivos e Psicológicos no Comportamento de Exercício Físico. Escola de Psicologia. Universidade do Minho, Braga, Portugal. *Rev Bras Med Esporte*, 21 (2), 127-132.

Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100 (2), 126-131.

Claumann, G. S.; Pereira, E. F.; Pelegrini, A. (2014). Prática de caminhada, atividade física moderada e vigorosa e fatores associados em estudantes do primeiro ano de uma instituição de ensino superior. *Motricidade*, 10 (4), 16-26.

Clow, A. & Edmunds, S. (2014). *Physical Activity and Mental Health*. Human Kinetics.

Costa, E. S. P. (2004). *Saúde Mental, Estratégias de Coping e Adaptação Académica*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

Craig, et al. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Journal of the American College of Sports Medicine*: 1381-139.

Cristovão, F. C. C. (2012). *Sofrimento Emocional, Stress e Depressão em Estudantes Universitários*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Crone, A. S.; Smith, S. & Gough, B., (2006). The Physical Activity and Mental Health Relationship – A Contemporary Perspective from Qualitative Research. *Acta Univ. Palacki. Olomuc., Gymn.* 36 (3), 29-35.

Cruz, J. F. S. A. (1996). *Manual de Psicologia do Desporto*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.

Dalgarrondo P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Martins, S. C. Mauritti, R. e Costa, A. F. (2005). *Condições Socioeconómicas dos Estudantes do Ensino Superior em Portugal*. Direção geral do ensino superior (DGES).

Dias, C.; Corte-Real, N.; Corredeira, R.; Barreiros, A.; Bastos, T. e Fonseca, A. M. (2008). A prática desportiva dos estudantes universitários e suas relações com as autopercepções físicas, bem-estar subjectivo e felicidade. *Estudos de Psicologia* 2008, 13 (3), 223-232.

Faulkner, G. E. J. & Taylor, A. H. (2005). *Exercise Health and Mental Health*. New York, NY: Routledge.

Ferreira, C. (2015). *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de Varzim: da psicopatologia ao bem-estar*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Figueira, C. P. (2013). *Bem-estar nos Estudantes do Ensino Superior: Papel das Exigências e dos Recursos Percebidos no Contexto Académico e das Atividades de Voluntariado*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia.

Fonseca, S. e Jordão, F. (2014). Adaptação e validação da *Eustress Scale* para professores portugueses. *Psychologica*, 57 (1), 93-112.

França, A. & Rodrigues, A. (2005). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Freire, T.; Zenhas, F.; Tavares, D. e Iglésias, C. (2013). Felicidade Hedónica e Eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (31), 329-342

Galinha, I. e Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e Evolução do conceito de Bem-estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214

García-Viniegras, C. & Benitez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación com otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 586-592.

Gusmão, R. D. M. (2005). *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Hallal P.C., Victora C.G. (2004). Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Reability and Validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc*; 36: 556.

Heitor, F.; Bastos, V. e Saraiva, S. (2012). *Ser Estudante do Ensino Superior: Perceção de dificuldades e preocupações de recém-diplomados do Instituto Politécnico do Porto*. Livro de Atas - II Seminário Internacional “contributos da psicologia em contextos educativos”. Instituto De Educação da Universidade do Minho.

Holmes, D. S. (2001). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Horta, J. A. (2013). *A Satisfação com a Vida dos Estudantes Universitários*. Dissertação de Mestardo. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida.

IDP - Instituto do Desporto de Portugal. (2011). *Livro Verde da Atividade Física*. Lisboa: Observatório Nacional da Atividade Física e Desporto.

IPAQ - Research Committee, revised (2005). Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire – Short Form. Disponível em <http://www.ipaq.ki.se>.

Jr, G. S. E. & Lating, J. M. (2013). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nova Iorque: Springer

Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.

Keyes, C. L. M. (2002). *The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life*. *Journal of health and social research*, 34 (June), 207-222.

Keyes, C. L. M. & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the united states: a descriptive epidemiology*. A national study of well-being at midlife, 350-372. Chicago: The University of Chicago Press.

Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 539 – 548.

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as *Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health*. *American Psychological Association*, 62 (2), 95-108.

Kozáková, K. (2014). *Physical activity level, life style and sport participation profiles of the students of University of Coimbra*. Faculty of Sport Sciences and Physical Education of University of Coimbra.

Lamers, S. M. A.; Westerhof, G. J. ; Bohlmeijer, E. T. Klooster, P. M. T. & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67 (1), 99-110

Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

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

Lucas, C. V.; Oliveira, F. ; Faria, C.; Coelho, C. & Soares, S. (2014). *(Re)pensar formas de promover o bem estar dos estudantes, alicerçadas na psicologia positiva*. Livro de Atas: RESAPES - Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior

Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.

Maj, M. & Sartorius, N. (1999). *Depressive Disorders*. England: John Wiley & Sons.

Makizako, H.; Tsutsumimoto, K.; Doi, T.; Ryo, H.; Sho, N.; Liu-Ambrose, T. & Shimada, H. (2015). Effects of exercise and horticultural intervention on the brain and mental health in older adults with depressive symptoms and memory problems: study protocol for a randomized controlled trial. *Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4634591/>*

Matos, A. P. S. e Sousa-Albuquerque, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *Asociación Española de Psicología Conductual. International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 647-663.

Matos, E., Matos, T. & Matos, G. (2006). Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estudos de Psicologia*, 23 (2), 173-179.

Martinho, F. I. F. (2006). *Afetividade, Percepção de Saúde, Stress e Estilos de Vida nos Jovens*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

Martins, C. (2014). *Manual de Análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS*. Braga: Psiquilibrios Edições.

McIntyre, T. M. (1994). *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e Perspectivas Futuras*. Associação dos Psicólogos Portugueses.

Millon, T.; Blaney, P. H. e Davis, R. D. (1999). *Oxford Textbook of Psychology*. New York: Oxford University Press.

Monteiro, I. S. (2012). *Depressão: Por que é que uns deprimem e outros não?* Climepsi Editores.

Monte, K. P. (2014). *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem dos Açores: da psicopatologia ao bem-estar*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Monte, K., Fonte, C., e Alves, S. (2015). Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: Da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. Esp. 2)*, 83-87.

Morgan, W. (1997). *Physical Activity & Mental Health*. Taylor & Francis Publishers

Morgan, A. J.; Parker, A. G.; Alvarez-Jimenez, M. e Jorm, A. F. (2013). Exercise and Mental Health: An Exercise and Sports Science Australia Commissioned Review. *Journal of the American Society of Exercise Physiologists online*, 16 (4), 64-73.

Norton, P. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Psychometric analyses across four racial groups. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 20 (3), 253-265.

Novo, R. F. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnostico Y Evaluacion Psicologica - RIDEP*, 20 (2), 183-203.

Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Organização Mundial de Saúde - OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Climepsi Editores.

Pais Ribeiro, J. L.; Honrado, A. e Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.

Pais Ribeiro, J. L. (2005). *O Importante à a saúde: estudo de adaptação de uma técnica d avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.

Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

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.

Passareli, P. M. & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjectivo. *Estudos de Psicologia-Campinas*, 24 (4), 513-517.

Peluso, M. A. M. e Andrade, L. H. S. G. (2005). Physical Activity and mental Health: The association between exercise and mood. *Clinics*, 60 (1), 61-70.

Pinto, A. M. e Silva, A. L. (2005). *Stress e Bem-estar: Modelos e domínios de aplicação*. Climepsi Editores.

Pires, M. E. D. (2013). “A Atividade Física dos Adultos Jovens de Ponte de Lima” - *Relação com o IMC*. Ponte de Lima: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

PORDATA (2015). Alunos matriculados no ensino superior: total e por sexo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

Porta-Nova, R. M. M. M. (2009). *Adaptabilidade, Competências Pessoais e Bem-Estar Psicológico de Jovens do Ensino Superior na Área das Ciências da Saúde*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Rapley, M. (2003) *Quality of life research: A critical introduction*. London: SAGE Publications.

Richardson, C. R.; Faulkner, G.; McDevitt, J.; Skrinar, G. S.; Hutchinson, D. S. & Piette, J. D. (2005). Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 56 (3), 324-331.

Rodrigues, N. M. V. (2012). *Contributos da prática de atividade física no estilo de vida e no bem-estar psicológico: estudo com alunos do ensino superior da Universidade do Algarve*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.

Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727

Santos, R.; Santos, M. P.; Ribeiro, J. C. e Mota, J. (2009). Physical Activity and Other Lifestyle Behaviors in a Portuguese Sample of Adults: Results From the Azorean Physical Activity and Health Study. *Journal of Physical Activity and Health*, 6, 750-759.

Santos, M. L. R. R. (2011). *Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários*. Dissertação de Doutoramento. Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Santos R.; Coelho-e-Silva M.J.; Vale S. ; Figueiredo A.; Ruiz J. R.; Martins R.; Moreira C. ; Machado-Rodrigues A.; Soares-Miranda L.; Moreira P. e Mota J. (2012). Prevalence of overweight and obesity in Azorean adolescents (Portugal). *Arch Exerc Health Dis* 3 (3), 194-199.

Sarmiento, M. C. B. M. M. (2013). *Saúde Mental e Comportamentos de Risco no Estudante do ensino Superior*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychological Association*, 55(1), 5-14.

Seligman, M. E. P. (2011). *Florescer*. Alfragide: Estrela Polar – Oficina do livro.

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra LDA.

Siqueira, M. M. M.; Jesus, S. N. & Oliveira, V. B. (2007). *Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa*. São Paulo: Universidade Metodista

Silva, C. C. G. (2010). *Dor Lombar Crónica e Qualidade de Vida. Área Científica de Medicina Física e Reabilitação*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Silveira, C.; Norton, A. ; Brandão, I. e Roma-Torres, A. (2011). Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Experiência da Consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João. *Acta Med Port.*, 24 (S2), 247-256.

Silveira, H.; Moraes, H.; Oliveira, N.; Coutinha, E. S. F.; Laks, J. & Deslandes, A. (2013). Physical Exercise and Clinically Depressed Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychobiology*, 67, 61-68.

Soares, A. M.; Pereira, M. e Canavarro, J. P. (2014). Saúde e qualidade de vida na transição para o ensino superior. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 2014, 15 (2), 356-379

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Stroebe, W., Stroebe, M. (1995). *Psicologia social e saúde*. (“Medicina e Saúde”). Lisboa: Instituto Piaget.

Taggart, F.; Friede, T.; Weich, S.; Clarke, A.; Johnson, M. & Stewart-Brown, S. (2013). Cross cultural evaluation of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) – a mixed methods study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11 (27).

Tennant, R.; Hiller, L.; Fishwick, R.; Platt, S.; Joseph, S.; Weich, S.; Parkinson, J.; Secker, J. & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (63)

Trzan, A. G. (2013). *Avaliação dos níveis de atividade física e capacidade aeróbica em estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Lisboa: Escola de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Veigas, J. e Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na Ansiedade, depressão e *Stress*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0485.pdf>.

Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percebido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29.

Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.

World Health Organization Quality of life Group (1996). What's quality of life? World Health Organization quality of life assessment. *World Health Forum*, 17, 354-356.

World Health Organization - WHO (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization.

World Health Organization - WHO (2006). Physical Activity and Health in Europe: evidence for action. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/87545/E89490.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf).

World Health Organization - WHO (2011). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1>.

Young, T. K. (1998). *Population Health: concepts and methods*. Oxford: Oxford University Press.

# **ANEXOS**

