DOROTEIA BERNARDETE ARAGÃO DOS SANTOS

QUALIDADE DE VIDA, ESTRATÉGIAS DE COPING E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Orientadora: Joana Brites Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

DOROTEIA BERNARDETE ARAGÃO DOS SANTOS

QUALIDADE DE VIDA, ESTRATÉGIAS DE COPING E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Dissertação de Mestrado defendida em provas públicas para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 22 de Março de 2017, com o despacho reitoral nº 449/2016, com a seguinte composição de júri:

Presidente: Professora Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Professor Doutor Pedro Joel Rosa

Orientador: Professora Doutora Joana Brites Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Dedicatória

Dedico esta investigação integralmente aos meus inesquecíveis e eternos pais "Angélica Aragão dos Santos e Francisco Aragão dos Santos"

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus por estar na minha vida e por ter aceitado o meu convite para fazer parte do meu caminho de crescimento pessoal e espiritual.

Mãe sei que estás sentada a direita de Deus nosso senhor, foste, no caminho, o meu maior desafio. Embora saiba que continuas a caminhar ao meu lado, hoje, o meu maior desafio tem sido aprender a viver contigo, sem ti. A minha eterna gratidão pelo teu amor incondicional.

Ao meu Pai a minha gratidão eterna, como eterno é no meu coração, nos ensinamentos, referências e no sentido de vida. Fazer o caminho com essa herança é ter meio caminho andado. A herança de ontem, por ti deixada, são os meus valores de hoje e para toda a eternidade.

Aos meus inesquecíveis filhos, a vossa existência, faz de mim um ser nato cumpridor de sonhos.

Às minhas irmãs, pela dívida de uma proteção constante e de um amor infinitamente manifestado, a minha gratidão pelo amor que nos une.

A minha gratidão há minha orientadora, Professora Doutora Joana Brites Rosa, pela sua Experiência, Conhecimento e Disponibilidade incondicional, os meus mais sinceros agradecimentos. Muito obrigada por acreditar em mim.

Resumo

Este estudo teve como principal objetivo avaliar a Qualidade de vida, Estratégias de Coping e Bem-Estar Psicológico numa amostra de Estudantes Universitários portugueses, tendo participado 210 estudantes universitários, 115 mulheres e 95 homens, apresentando idades entre os 18 e 54 anos (*M*= 22.23; *DP*= 4.631). Como instrumentos, foram usados um questionário sociodemográfico, o Questionário WHOQOL-Bref para avaliar a Qualidade de Vida de (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, 2006), o Ways of Coping Questionnaire para avaliar o Coping (Pais-Ribeiro e Santos, 2001) e o Bien-Être Psychologique (ÉMMBEP) de (Tavares e Pereira, 2006) para avaliar o bem-estar Psicológico. Os resultados apresentaram diferenças entre sexos ao nível das estratégias de coping, apresentando as mulheres índices superiores, mas não demonstraram diferenças estatisticamente significativas para a condição Estudante vs. Trabalhador/Estudante. No que respeita à localidade, foi possível observar diferenças significativas nas variáveis em estudo, com os estudantes de Coimbra a apresentarem mais Qualidade de vida, mais Estratégias de Coping e Bem-estar Psicológico e os estudantes de Lisboa e Évora valores inferiores nestas variáveis. Os estudantes utilizaram estratégias de coping de forma diferenciada. As relações encontradas foram significativas de sentido positivo em todas as dimensões da Qualidade de Vida e do Bem-Estar Psicológico, variam entre fracas *r*=,217 (Envolvimento Social com a QL Social), e fortes *r*=,721 (Autoestima com QL Psicológico).

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Bem-Estar Psicológico e estudantes universitários

Abstract

This study aimed to assess the Quality of Life, Coping Strategies and Psychological Well-Being in a Portuguese sample of 210 college students, 115 women and 95 men, with ages between 18 and 54 years (M = 22:23, SD = 4.631). As instruments were used a sociodemographic questionnaire, the WHOQOL-Bref scale of quality of life questionnaire (Vaz Serra, Canavarro, Simões Pereira, 2006), the Ways of Coping Questionnaire Parent-Ribeiro and Santos (2001) and the Bien- être Psychologique (ÉMMBEP) of Tavares and Pereira (2006). The results showed differences between the sexes in terms of coping strategies, with females presenting higher values, but showed no statistically significant differences for the student condition vs. Student worker. With regard to the location, significant differences were observed in the variables under study, with students from Coimbra presenting higher quality of life, more coping strategies and Psychological Welbeing and students Lisbon and Évora lower values in these variables. Students used coping strategies differently. The joined relations had been significant of positive direction in all the dimensions of the Quality of Life and of Psychological Well-being, they vary between Weak r=, 217 (Social Envolvement with the Social QL), and Forts r=, 721 (Autoestima with Psychological QL).

Keywords: Quality of Life, Coping Strategies, Psychological Well-Being and college students

Índice de Siglas

OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Science
WHOQOL – 100	World Health Organization Quality of Life – 100
WHOQOL – Bref	World Health Organization Quality of Life – BrefE
QV	Qualidade de Vida
EMMBEP	Questionário de Bem-Estar Psicologico
ANOVA	Análise de Variância Univariada
APA	American Psychological Association
COPE	Inventário Brief Cope
DP	Desvio Padrão
M	Média
DGES	Direcção Geral do Ensino Superior
QMLA	Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos
BES	Bem-Estar Subjectivo
BEP	Bem-Estar Psicológico

ÍNDICE

Introdução 10
CAPÍTULO I - QUALIDADE DE VIDA DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS 12
1.1 Conceito de Qualidade de Vida 13
1.2 Modelos Teóricos 14
1.3 Qualidade de vida e Saúde 16
1.4 Qualidade de vida em estudantes universitários 16
CAPÍTULO II - ESTRATÉGIAS DE COPING EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS 20
2.1 Conceitos de Coping 21
2.2 Estilos de Coping 23
2.3 Estratégias de Coping e Stresse em Estudantes Universitários 25
CAPÍTULO III - BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS 29
3.1 Origem 30
3.2 Conceitos Bem-Estar Psicológico 30
3.3 Bem-Estar Psicológico e saúde em Estudantes Universitários 32
CAPÍTULO IV - ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E O ENSINO SUPERIOR 35
4.1 Estudantes Universitários 36
4.2 Caracterização do Ensino Superior 38
4.3. Adaptação ao Ensino Superior 39
4.4 Estudos correlacionais entre as variáveis Psicológicas 40
CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICO 42
5.1 Objectivo e hipóteses 43
5.2 Método 43
5.2.1 Participantes 43
5.2.2 Instrumentos de avaliação 45
5.2.3 Procedimentos 47
CAPÍTULO VI - RESULTADOS 48
6.1 Resultados 49
DISCUSSÃO 59
CONCLUSÃO 61
REFERÊNCIAS 63
ANEXOS I – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO 73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos……..... 44
Tabela 2 – Comparação entre sexos para varáveis psicológicas……. 50
Tabela 3 – Analise descritiva para as dimensões de Estratégias de Coping ……... 52
Tabela 4 – Comparação de médias em função dos estudantes Universitários…… 54
Tabela 5 – Comparação entre estudantes e trabalhadores estudantes para variáveis psicológicas em estudo……..... 56
Tabela 6 - Correlação entre a qualidade de vida e o bem-estar psicológico…… 58

Introdução

A qualidade de vida e o bem-estar são conceitos cada vez mais valorizados nos dias que correm. Por outro lado, o ensino superior constitui uma importante etapa na vida do estudante universitário, sendo um período que implica inúmeras mudanças, desempenhando um papel essencial a nível do desenvolvimento pessoal, social e familiar.

A transição para o ensino superior, nem sempre é fácil ou corresponde a estas expetativas, e segundo Azevedo e Faria (2006), pode ser vivida como um desafio ou uma ameaça, enquanto para Loureiro (2006), a realidade académica mostra-se muitas vezes difícil, potenciadora de crises e obstáculos stresseantes e geradores de ansiedade, mais do que aquilo que inicialmente foi projetado pelo caloiro, sendo a realidade que enfrentam muito diferente das expetativas que tinham alimentado até então.

A entrada no ensino superior está frequentemente associada a um elevado aumento a nível da exigência académica, o que vai ser mais um fator que vai criar dificuldades de adaptação à vida universitária, podendo desta forma dar origem a elevados níveis de stresse (Dyson & Renk, 2006), sem que estes consigam responder com estratégias de coping adequadas, o que vai ter influência negativa na sua Qualidade de vida

Por outro lado, o Bem-Estar Psicológico representa a percepção sobre o ajustamento pessoal desencadeado no processo de superação dos desafios existenciais onde a inteligência emocional se revela como capacidade de processar e discriminar emoções próprias e de outrem e de utilizar essa informação para orientar pensamentos e acções, expressando-se nas dimensões sociabilidade, empatia, auto-consciência, auto-motivação e auto-valorização. Assim compreende-se o interesse e pertinência de estudar o Bem-Estar psicológico quando se aborda a questão da qualidade de vida (Pereira, 2012).

O presente estudo tem como objectivo avaliar a Qualidade de vida, as Estratégias de Coping e Bem-Estar Psicológico em Estudantes Universitários em três locais distintos, nomeadamente em Coimbra, Évora e Lisboa. Para a operacionalização deste estudo, foi utilizada uma amostra de conveniência, com 210 participantes. Foi utilizado um questionário sociodemográfico, a Escala de Quality of Life – Bref (WHOQOL-Bref), Ways of Coping Questionnaire e BIEN-ÊTRE Psychologique (ÉMMBEP).

Esta investigação encontra-se dividida em seis capítulos. Do primeiro capítulo ao quarto capítulo é feita uma contextualização teórica, onde é apresentada uma breve revisão da literatura relativamente às variáveis: Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Bem-Estar Psicológico e Estudantes Universitários e Ensino Superior. No quinto capítulo é descrito o Estudo Empírico, objectivo, hipóteses, métodos utilizados, participantes, instrumentos de

avaliação e os procedimentos aplicados na investigação. No sexto capítulo são apresentados os resultados estatísticos e análise dos mesmos. Por último, é apresentada a conclusão do presente estudo, as suas limitações e propostas para investigações futuras na área.

Na elaboração desta tese foram aplicadas as normas de dissertação da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Primo & Mateus, 2008) e da American Psychological Association (APA, 2001), para as referências bibliográficas.

CAPÍTULO I - QUALIDADE DE VIDA DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

1.1 Conceito de Qualidade de Vida

O termo Qualidade de Vida (QV) é um conceito já antigo, o qual tem sido estudado ao longo dos tempos por variados autores, o que leva a que vá diferir na sua definição, consoante o tipo de abordagem utilizada (Couvreour, 1999), mas nas últimas décadas, tem vindo a ser muito usado em diversas áreas como a antropologia, economia, sociologia, psicológia, fisiologia e medicina para citar apenas algumas, todas elas tendo como prioridade o aumento da qualidade de vida da população, sendo este conceito aplicado de acordo com a definição entendida pela área que a investiga (Vaz Serra, 2010).

Para o ser humano a QV, não depende somente do estado da sua saúde, do meio ambiente em que se encontra, das suas crenças e realizações pessoais, mas também do modo como vive todos estes acontecimentos na sua vida, nomeadamente, como ultrapassa os obstáculos que vão surgindo no decorrer do dia-a-dia, e que capacidade tem para superá-los, estando sempre em interação com os outros.

Campbell, Converse e Rogers (1976), foram dos primeiros a estudar este conceito, concluindo que para compreender a qualidade de vida, teria que se avaliar pessoalmente cada indivíduo, para que assim conseguissem descrever o significado de qualidade de vida e como o sentem, sendo assim um conceito que está depende muito da perceção que cada indíviduo tem de si e dos que o rodeiam, de acordo com as circunstâncias em que se encontra, a nível psicológico, físico, cultural, económico, entre outros. Os autores dão enfase ao fato de que a formação e a educação, juntamente com as competências que se vão adquirindo ao longo da vida, as necessidades individuais, a saúde e outros fatores são responsáveis para que os sujeitos vivam, compreendam e sintam o que os rodeia (Ribeiro, 2007), o que vem reforçar o carácter algo volátil deste conceito, mesmo a nível de um indivíduo, sendo sempre necessário enquadrar as circunstâncias em que é avaliado.

Para Katschning e Angermeyer (1997) este é um conceito subjetivo, onde estão determinadas as necessidades do ser humano, nomeadamente, fatores de ordem social e cultural, presentes na construção da personalidade de cada um, num sistema contínuo de adaptação, em que cada sujeito deve ajustar as suas ambições e objetivos pessoais à realidade do meio em que se encontra na sociedade. Para Calman (1984) a qualidade de vida estaria diretamente relacionada com o equilíbrio entre os objectivos e as expectativas que os sujeitos criam, sendo que estes objetivos e expetativas variam ao longo da vida, e que uma maior proximidade entre ambos corresponderá a uma, melhor qualidade de vida.

Ao longo do tempo, várias foram as dimensões que vieram também a adquirir importância na definição do conceito tornando-o multidimensional, onde estão presentes

conceitos como o bem-estar físico, psicológico e social, vivido por cada sujeito ou sociedade, enfatizando variáveis presentes na vida de cada um, como a família, saúde, trabalho, estrato socioeconómico, estado emocional, entre outros (Taveira, 1999) ou algo mais do que saúde ou ausência de doença, incluindo a educação, o acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, condições de trabalho satisfatórias, entre outras coisas também importantes para a vida das pessoas (Romano, 1993).

Como podemos ver, a sua definição é ainda difícil, devido à sua complexidade (Fleck e colaboradores, 2008). Dada esta diversidade de perspetivas, e a necessidade de uma definição ser mais completa, aplicável a todas as sociedades e indivíduos, a OMS propôs uma definição mais abrangente do conceito, designada por definição transcultural, a qual afirma que "qualidade de vida consiste na perceção individual da posição pessoal na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores e em relação com os seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações, considerando este conceito amplo, que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspetos significativos do meio ambiente" (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

Em suma, a Organização Mundial de Saúde teve um papel crucial na unificação do conceito para a avaliação da qualidade de vida, tendo procurado validar instrumentos fiáveis que não só avaliassem a qualidade de vida, mas também pudessem ser utilizados em distintos países, ultrapassando barreiras transculturais e sobretudo em pessoas com ou sem doenças.

1.2 Modelos Teóricos

Modelo Global de Qualidade de Vida

Este modelo, desenvolvido por Felce (2003) e Perry (2005), tem em conta uma conceção abrangente de bem-estar e compreende construtos tanto objetivos como subjetivos, que avaliam o conceito de qualidade de vida. Este modelo pretende ser independente de grupos ou populações particulares, antes focando-se no cumprimento das necessidades das pessoas, com valorização diferente de aspetos de vida, alguns podem ser mais importantes para uns e não tanto para outros. Mesmo assim, este modelo apresenta aspetos subjetivos e objetivos em que a perceção individual da pessoa sobre o seu bem-estar é a mais próxima do real, tem por base opções e necessidades pessoais embora atribua pesos distintos a diferentes fatores presentes na vida da pessoa, entre os quais estão a família, os amigos, o trabalho, o

nível socioeconómico, o local onde vive, a educação, a saúde, entre outros (Canavarro &Vaz Serra, 2010).

Modelo Integrativo de Qualidade de Vida

Este modelo, baseado nas perspetivas integracionistas, engloba três eixos distintos - pessoal, ambiental e experiências subjetivas de vida, tendo sido proposto por Grandzin e Haggard (2000), que defendem que o comportamento de um indivíduo e a avaliação que faz das experiências pelas quais passa se refletem na interação entre aspetos pessoais e a perceção sobre o meio físico e social em que se encontra.

De forma breve, diremos que o primeiro eixo inclui fatores demográficos, valores, atitudes e sentimentos de inclusão num grupo, o eixo ambiental, mais geral, inclui dimensões sociais e físicas, e por fim, o terceiro eixo inclui dimensões mais pessoais e subjetivas, como a qualidade de vida, a saúde mental ou o aborrecimento (Canavarro &Vaz Serra, 2010).

Modelo Ecológico

O modelo ecológico proposto por Bulbolz, Eicher, Evers e Sontag (1980), é visto pela OMS como um modelo concêntrico, exibido graficamente pelo autor, em que os variados sistemas que influenciam a QV em termos individuais estão interligados.

As variáveis que compõem o modelo estão diretamente relacionadas com o sujeito e com o seu bem-estar objetivo e subjetivo, onde se incluem aspetos de saúde e de ordem material. É importante perceber que a proximidade existente entre o sujeito e o círculo de relações próximas ao mesmo é muito significativa, formando desta forma, um microssistema, a relação com os vizinhos forma um mesossistema e a saúde pública forma um macrossistema, onde estão inseridas variáveis como a cultura, identidade nacional, património, opinião política, gestão e as políticas de saúde do governo central.

Uma das bases de sustentação teórica das abordagens sociais é haver uma noção de bem-estar que excede a questão da satisfação das necessidades do homem, principalmente em relação aos aspetos de realização individual e de autodeterminação, passando a haver uma equidade no que respeita a aspetos sociais (Canavarro &Vaz Serra, 2010). Contudo, uma das grandes críticas que tem sido feita a estes modelos reside na rigidificação que postula, definindo as áreas de atuaçãoo como pertencendo a um círculo, logo excluindo-o dos outros. Outro aspeto que tem sido alvo de discussão é o da importância relativa dos círculos e das

interrelações entre eles, havendo quem considere que os indivíduos são seres demasiado dinâmicos para se restringirem a círculos de funcionamento.

1.3 Qualidade de vida e Saúde

Já em 1982, Kaplan e Bush conceptualizaram a qualidade de vida como estando relacionada com a saúde (Ribeiro, 2005), a fim de diferenciar os efeitos da saúde na satisfação profissional, no meio ambiente e noutros factores que influenciam a percepção da qualidade de vida. Desde então, tem-se verificado que a relação entre o termo qualidade de vida e a saúde é muito frequente, implicando aspectos directamente associados às doenças ou às intervenções em saúde (Seidl & Zannon, 2004).

Do ponto de vista geral, a qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se às doenças (qualquer que seja a doença, crónica, passageira, etc.) e analisa o peso dessa doença e do seu tratamento para o bem-estar individual. De acordo com o seu sentido específico, qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se ao modo como uma doença específica afecta ou limita a qualidade de vida (Silva, 2003), o que torna a qualidade de vida relacionada com a saúde como a resultante do valor atribuído à vida, ponderado pelos danos funcionais, as perceções e condições sociais que são induzidas pela doença, tratamentos, numa perspetiva mais individual e pela organização política e económica do sistema assistencial, numa visão mais vasta (Campos & Neto, 2008).

A qualidade de vida relacionada com a saúde também pode ser vista como um constructo latente, de segunda ordem, portanto só podendo ser deduzido de forma indireta através de indicadores (Lezaun, 2006), como o valor atribuído à duração da vida ou a percepção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia e pode ser avaliada mediante critérios apropriados (Leal, 2008), como a educação, a formação de base, a actividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o optimismo, as necessidades pessoais e a saúde (Patrick & Erickson, 1993, citados por Pires, 2009).

1.4 Qualidade de vida em estudantes universitários

A qualidade de vida também foi estudada no caso particular dos estudantes universitários, em vários locais e contextos culturais. No Brasil, vários autores (Custódio *et al*., 2004; Keller *et al*.,2011; Neto *et al*., 2008; Oliveira, 2006; Saupe *et al*., 2004; Teschima, Marçal, 2011) investigaram a qualidade de vida de estudantes universitários de cursos distintos, tendo encontrado resultados inferiores no domínio meio ambiente, o que pode ser

explicado pela insegurança e incerteza que a sociedade brasileira vive atualmente (Saupe *et al*., 2004) e evidenciam a necessidade de investimentos governamentais visando à melhoria das condições ambientais desta população (Gordia, Quadros, Campos, 2009).

Noutro estudo, ao analisarem um grupo de universitários de Educação Física do sexo masculino, Cieslak et al., (2007) obtiveram os maiores valores no domínio físico (77,2 ± 10,6) e os menores no meio ambiente (61,0 ± 13,1), o que se veio a repetir noutro estudo, onde o maior escore esteve no domínio físico (83,1 ± 11,0) e o menor no domínio meio ambiente (66,7 ± 14,7), resultados posteriormente confirmados por Catunda e Ruiz (2008). Por outro lado, os escores superiores no domínio físico em académicos de Educação Física podem ser influenciados diretamente ou indiretamente pelos conhecimentos adquiridos no ensino superior referentes a prática de atividade físicas e seus benefícios.

Ao pesquisar a qualidade de vida de 60 estudantes universitários dos cursos de Educação Física, Psicologia e Sistemas de Informação, apenas no curso de psicologia foi identificada uma queda da qualidade de vida do primeiro para o último ano, sendo que no domínio psicológico a média foi a mesma para os dois grupos, enquanto nos outros domínios, os principiantes apresentaram maiores médias em relação aos que terminavam. Nos demais cursos investigados, as avaliações foram mais positivas nos finalistas do que nos primeiros anos, indicando que, para a maioria dos participantes desse estudo, acontece uma boa adaptação à realidade da universidade (Catunda & Ruiz, 2008). Este estudo identificou ainda que o domínio físico apresentou os maiores valores, em ambos os grupos, e os menores valores foram encontrados no domínio meio ambiente, lembrando que o domínio físico envolve questões sobre dor, tratamento médico, energia para o dia-a-dia, locomoção, sono, capacidade para atividades do cotidiano e para o trabalho, e o domínio meio ambiente questões sobre segurança, ambiente físico, dinheiro, informações do dia-a-dia, oportunidades de lazer, moradia, serviços de saúde e meio de transporte.

Um pouco mais tarde, Paro et al. (2010), com 490 estudantes de Medicina da universidade Federal da Uberlandia, Minas Gerais (Brasil), com uma média de idades de 23,3 anos, que responderam ao WHOQOL-Bref concluíram que os estudantes que apresentavam pior percepção de QV pertenciam a uma ou mais das seguintes características: sexo feminino, 3º ano e com sintomas depressivos. Por sua vez, Unanlan, Celikten, Soyuer e Ozturk (2008), com 276 estudantes da universidade Erciyes de Kayseri (Turquia), observaram correlações positivas entre ansiedade-traço, saúde física, bem-estar psicológico, relações interpessoais, QV ambiente e perceção geral do estado de saúde.

Em Portugal, Melo, Pereira e Pereira (2005) realizaram um estudo com 507 estudantes do 2º e 3º ano da universidade de Coimbra que frequentaram consultas de psicologia (74,5% mulheres) com uma média de idades de 22, 65 anos, tendo recorrido á análise documental dos registos destas consultas do ano 2004/2005, e verificaram ansiedade aos exames (11,8%), depressão (10,36%) e perturbação de ansiedade generalizada (6,3%), o que se veio a repercutir negativamente na sua QV. Noutro trabalho, desta vez no Algarve, com245 estudantes (62,3% mulheres), Pacheco, Jesus e Martins (2008) verificaram que as variáveis sociodemográficas relacionaram-se positivamente com a QV, no sentido que quanto mais favoráveis eram (como o nível socioeconómico), melhores perceções de QV apresentavam os estudantes.

Quanto à população geral Gameiro e colaboradores (2008), num estudo com 307 portugueses com uma média de idades de 39.93 anos, sem qualquer diagnóstico clínico, usaram o WHOQOL-100 e o BDI, tendo a sintomatologia depressiva mostrado estar negativamente associada com a QV, em todos os domínios e facetas (Gameiro et al., 2008)

Cerchiari (2004), ao estudar 558 estudantes universitários da universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (Brasil) em que foi utilizado o WHOQOL-100, observou que as variáveis género, ano de curso, tipo de moradia, actividade remunerada e ordenado familiar estavam significativamente relacionadas com a QDV, com os alunos do sexo feminino, do 3º ano, a habitar nas residências universitárias, que não trabalham e/ou com ordenado familiar baixo, apresentavam índices significativamente menores ao nível das percepções de QV quando comparados com a restante amostra.

Gudjonsson, Sigurdsson, Eyjolfsdottir, Smari e Young (2009) com 369 estudantes universitários de uma universidade de Londres que responderam ao WHOQOL-Bref, concluíram que a QV, entre os estudantes do sexo masculino, era mais baixa a nível do funcionamento social (domínio relações Sociais), enquanto no sexo feminino a QDV era inferior a nível do funcionamento emocional (domínio psicológico). No mesmo ano, Vaez, Kristenson e Laflamme (2006) na Suécia, avaliaram um grupo de estudantes universitários e outros de jovens da mesma idade (20-34 anos), não estudantes, com o WHOQOL-BREF e concluíram que o grupo de estudantes apresentava uma percepção mais negativa de QV.

Anteriormente, já Min, Shin e Kim (2000) com 317 estudantes da área de saúde e 150 de outras áreas de Universidade de Yonsei (Coreia), não observaram diferenças na pontuação total da QV entre os dois grupos, embora se tenham verificado resultados inferiores nos estudantes da área de saúde no domínio das relações sociais e nas facetas de sono e descanso, atividade sexual, dependência de medicação e tratamento e oportunidades

para realizar atividades de lazer. Mais tarde, Yu e Lee (2008) avaliaram 228 estudantes de uma Universidade da Coreia através do WHOQOL-100 e constataram que estes apresentavam baixos níveis de satisfação e equilíbrio emocional (domínio psicológico), bem como insatisfação em relação com o meio (domínio ambiental).

De referir ainda outro estudo (Oliveira, 2006), sobre a qualidade de vida dos estudantes universitários, onde foi encontrada associação entre o desempenho acadêmico e a faceta dor física do domínio físico da qualidade de vida.

Podemos assim concluir que a entrada para a universidade representa um desafio elevado e exige transformações nos padrões de comportamento, o que obriga o aluno a mobilizar determinados recursos para lidar com as dificuldades, sendo esta mobilização que corresponde a uma integração bem ou mal sucedida (Casimiro, Dias & Custódio, 2005).

O momento de entrada para a universidade é assim crítico, ao proporcionar um ambiente diferente para os indivíduos, obrigando-os a promover novas interações, conhecimentos e mudanças (Brack, 2010), de forma a lidar com os desafios que enfrentam, a nível de todo oo processo de transição, na vida académica, social e pessoal (Pereira, 2006). Embora se verifique uma continuidade deste processo ao longo dos anos, é principalmente, durante o primeiro ano de universidade que a maioria das dificuldades e problemas se originam, contribuindo deste modo, para níveis mais elevados de ansiedade e stresse (Costa & Leal, 2008).

CAPÍTULO II - ESTRATÉGIAS DE COPING EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

2.1 Conceitos de Coping

O coping é um termo de origem anglo-saxónica, surgindo com mais frequência aa partir da década de 70, ao mesmo tempo que crescia o interesse no estudo dos fenómenos relacionados com o estresse (Lazarus, 1993; Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira, 1998).

O termo coping surge como uma variável intermediária entre o acontecimento gerador de estresse e as suas consequências e/ou resultados (Lazarus & Delongis, 1983; Ribeiro, 2005), tendo a compreensão da sua natureza e processos possibilitado um melhor entendimento da adaptação ao stressee (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadswoth, 2000).

Atualmente, entende-se por coping o conjunto de estratégias usadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou de estresse, as quais podem assim de coping ser aprendidas e usadas (Lazarus, 1993; Antoniazzi, et al, 1998). Esta visão opõe-se à inicial, a qual assentava numa perspetiva psicanalítica que defendia a existência de mecanismos de defesa como forma de lidar com as ameaças ou conflitos internos. As críticas ao conceito de mecanismos de defesa, bem como os procedimentos utilizados na sua medição, conduziram Lazarus e Folkman (1984) para esta mudança de paradigma ao definirem o coping como um "conjunto de esforços comportamentais e cognitivos, em constante mudança, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais", centrado no processo e não no traço de personalidade.

Nesta definição, estão presentes três pontos-chave. Em primeiro lugar, o coping é um processo orientado, centrado na forma como a pessoa pensa e age durante uma situação estressante, pelo que, nesta conceção, este, não é considerado como um traço ou uma caraterística, mas antes como um conjunto de cognições e comportamentos reativos ao stressee, o que leva a que o coping, ao contrário dos mecanismos de defesa é um precesso que pode alterar-se com o tempo.

Em segundo lugar, o coping está relacionado com o contexto, visto ser influenciado pela avaliação que o sujeito faz relativamente à exigência da situação, pelo que, apesar do indivíduo poder utilizar habitualmente uma determinada estratégia de coping, uma situação diferente, colocando outras exigências, poderá impor escolhas diferentes quanto às estratégias a utilizar, o que implica que os traços profundos de personalidade não são determinantes, como afirmavam as teorias dinâmicas.

Por último, as estratégias ou respostas utilizadas não deverão ser analisadas como boas ou más, mas apenas como esforços que o indivíduo realiza para responder às exigências a que é exposto, as quais podem ter bom ou mau resultado (Graziani & Swendsen, 2007).

Segundo esta perspetiva, o coping apropriado a uma dada situação é aquele que conduz a um ajustamento adequado, constituindo-se, como evidência dessa adaptação ou ajustamento, o "bem-estar, o funcionamento social e a saúde somática" (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Uma vez que o coping é uma variável mediadora entre um acontecimento e os resultados ou consequências do mesmo, se este processo funcionar de forma adequada, então os resultados a longo prazo serão positivos e pode dizer-se que o processo de coping teve efeitos adaptativos.

O carácter dinâmico do coping implica que o mesmo possa variar em função das diferenças individuais, mas que num mesmo sujeito, ele se vá desenvolver e alterar ao longo do ciclo de vida (Lazarus e Folkman, 1984).

No que se refere às estratégias de coping podemos referir que estas consistem num conjunto de ações e comportamentos individuais utilizados durante uma situação de estresse, com o tipo de situação a determinar o padrão das estratégias escolhidas pelo indivíduo para resolver o problema (Vaz Serra, 1988). Deste modo, e considerando a variabilidade nas reações individuais torna-se difícil predizer respostas situacionais a partir do tipo de estilo de coping de uma pessoa (Folkman, 1982; 1984; Lazarus e Folkman, 1984; Lazarus, 1993).

Estas diferentes estratégias podem ser orientadas através de dois objetivos distintos que consistem na resolução do problema ou no controlo das emoções. Por um lado, o indivíduo orienta os seus esforços para resolver a situação que induz estresse, por outro lado procura reduzir o estado de tensão emocional causado anteriormente (Lazarus e Folkman, 1984).

Mais recentemente, tem-se incluído a personalidade como fator de relevo nas estratégias de coping, o que tem como consequência que as diferenças individuais podem influenciar as respostas de coping, e gerar uma certa estabilidade nas suas manifestações, que se traduz pelos "estilos" ou "padrões" de coping que habitualmente os individuos utilizam ao serem confrontados com situações estressantes, que acabam por ser relativamente fixos através do tempo e das circunstâncias (Endler e Parker, 1990; Carver, Scheier, e Weintraub, 1989).

Em suma, o Coping, é assim definido como o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas ou externas específicas, que se apresentem como desafiantes para o indivíduo, excedendo os seus recursos (Folkman, 1982; 1984; Lazarus e Folkman, 1984; Lazarus, 1993).

2.2 Estilos de Coping

Ryan-Wenger (1992) menciona que os estilos de coping estão mais relacionados com caraterísticas de personalidade ou resultados de coping, sendo que as estratégias de coping referem-se a ações cognitivas ou comportamentais desenvolvidas para lidar com situações num episódio particular de estresse. Muito embora, os estilos de coping possam influenciar a extensão das estratégias de coping selecionadas, estes são fenómenos distintos e com diferentes origens teóricas (Antoniazzi, et al, 1998).

Lazarus e Folkman (1984), numa perspetiva cognitivista propõem um modelo de coping onde se salientam duas funções principais: coping focado no problema e coping focado na emoção.

A função centrada no problema inclui esforços para modificar a situação, podendo traduzir-se na tentativa de acalmar, racionalizar e resolver o problema, sendo essencialmente mais cognitiva, enquanto a função centrada na emoção visa alterar a relação de estresse estabelecida entre o indivíduo e o meio ou o significado relacional atribuído aos acontecimentos, implicando claramente fatores mais emocionais e afetivos.

Deste modo, as estratégias mais frequentemente usadas são as seguintes: a) Distanciamento – consiste na realização de esforços para se afastar da situação ou criar uma visão mais positiva; b) Auto-controlo – tentativa de modelar os próprios sentimentos e ações em relação ao problema; c) Suporte social – procura e tentativa de obter apoio informativo ou emocional; d) Fuga e evitamento – pensamento mágico sobre a situação ou ações para afastamento da situação; e) Aceitação da responsabilidade – implica reconhecer o nosso papel no problema tentando simultaneamente resolver a situação, e f) Reavaliação positiva – tentar criar um significado positivo para a situação em termos de crescimento pessoal (Folkman, 1982; 1984; Lazarus e Folkman, 1984; Lazarus, 1993).

O modelo apresentado coloca em evidência alguns conceitos fundamentais tais como: a) o coping é um processo ou uma interação entre o indivíduo e o ambiente; b) a sua função consiste na gestão da situação, ao invés de domínio da mesma; c) os processos de coping pressupõem a avaliação de como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado pelo indivíduo; d) o processo de coping resulta do esforço cognitivo e comportamental para reduzir, minimizar ou tolerar as exigências internas ou externas que surgem da interação com o meio (Folkman, 1982; 1984; Lazarus e Folkman, 1984; Lazarus, 1993).

A abordagem de Carver e Scheier (1994) procura compreender a forma habitual como os indivíduos respondem em situações problemáticas defendendo que estes apresentam

um vasto reportório de estratégias de coping, mas que preferencialmente, em situações mais gerais, têm tendência a usar um reportório mais restrito, os designados estilos de coping.

De acordo com Vaz Serra (1999), a capacidade geral de resolução de problemas compreende um conjunto de tarefas específicas e envolve quatro fases: 1- A definição e formulação do problema; 2- A formulação de alternativas; 3- A tomada de decisão; 4- A implementação/verificação das soluções.

1- Na fase de definição e formulação, o indivíduo reúne toda a informação relevante, clarifica e compreende o tipo de dificuldade por forma a estabelecer objetivos realistas quer sejam centrados no problema ou centrados na emoção. Os objetivos centrados no problema estão relacionados com mudanças do próprio problema e torna-se relevante para as situações que podem ser alteradas. Por outro lado, os objetivos centrados na emoção destinam-se a reduzir e minimizar o mal-estar associado à vivência do problema sendo bastante útil em situações difíceis de modificar. Nesta fase, o problema passa de indefinido a concreto e objetivo.

2- Na fase de formulação de alternativas são consideradas o maior número possível de soluções de acordo com o princípio da quantidade, o princípio do adiamento do julgamento e o princípio da variedade. No princípio da quantidade, quanto maior o número de alternativas, maior é a probabilidade de opções eficazes. O princípio do adiamento do julgamento sugere que as avaliações de qualquer opção devem ser deixadas para a fase de tomada de decisão, e o princípio da variedade aponta para que os indivíduos pensem num conjunto vasto de possíveis soluções.

3- Na fase de tomada de decisão estão envolvidas três etapas, a avaliação, o julgamento e a comparação das alternativas disponíveis, para assim selecionar a melhor decisão. Geralmente implica construir e avaliar uma lista de resultados específicos e de possíveis consequências pessoais e sociais.

4- Na fase de implementação e verificação de soluções torna-se possível avaliar os resultados e a eficácia da estratégia selecionada, sendo aplicadas as soluções escolhidas e avaliados os resultados em concreto. As competências de resolução de problemas são aprendidas através da experiência. Deste modo, os indivíduos pouco eficazes a resolver os seus problemas podem não ter aprendido as capacidades necessárias ou são incapazes de recorrer eficazmente a essas capacidades em determinadas situações (Vaz Serra, 1999).

Nesta abordagem, os problemas são considerados normais, inevitáveis e passíveis de serem ultrapassados de modo satisfatório, sendo um dos propósitos terapêuticos a identificação de situações que antecedem o aparecimento de respostas emocionais negativas e

assim poder trabalhar para aumentar a eficácia da resolução de problemas. O treino de resolução de problemas pode ser usado conjuntamente com a reestruturação cognitiva tendo em vista a minimização de distorções cognitivas (Vaz Serra, 1999).

2.3 Estratégias de Coping e Stresse em Estudantes Universitários

Como acabámos de ver, o coping refere-se aos esforços adaptativos do indivíduo, ou seja, as estratégias para lidar com situações indutoras de stressee. Esta análise depende essencialmente das vivências do indivíduo, do contexto e da perceção da situação. Sempre que as estratégias sejam eficazes, o estresse é reduzido, por outro lado, caso se mantenha o nível de estresse, as estratégias de coping são ineficazes (Alves & Oliveira, 2008; Vaz Serra, 2011).

Um estudo desenvolvido por Ramos e Carvalho (2007) sobre o stresse e coping em estudantes universitários concluiu que estes apresentam baixo nível de estresse, conhecem adequadas estratégias de coping, como a atitude de confronto, o pedido de ajuda, a resolução ativa de problemas, o controlo interno, a auto responsabilização e o planeamento de estratégias de ação, não apresentando tendência para a utilização de estratégias de coping negativas, como o controlo externo, o abandono passivo da situação, o não confronto com o problema e a expressão da agressividade. Ainda na investigação efetuada pelos autores sobre o estudo do estresse e estratégias de coping numa amostra de estudantes de enfermagem, concluiu-se que as situações percecionadas de maior estresse são as que remetem para a avaliação, as quais são seguidas pelas estratégias relacionadas com os aspetos pessoais, com a gestão do tempo e do trabalho, sendo que as manifestações físicas são as mais frequentes.

No que respeita, às estratégias de coping mais usadas, concluíram que destas fazem parte a aceitação da responsabilidade, a resolução planeada de problemas e a procura de suporte social. Um dado relevante deste estudo foi ainda que o sexo feminino evidencia níveis médios de perceção de fatores de estresse significativamente superiores comparativamente com os do sexo masculino (Custódio, Pereira & Seco, 2009).

Outro estudo, este realizado por Costa e Leal (2006), numa população de estudantes universitários, revelou que estes utilizavam com mais frequência as estratégias de controlo e de suporte social e também diferenças na adoção de estratégias de coping em função do sexo, existindo diferenças estatisticamente significativas face ao suporte social, com o sexo feminino a apresentar uma média superior. No que respeita, à distração e recusa, assim como, a conversão e auditividade, verifica-se uma média superior em estudantes do sexo masculino.

Custódia, Pereira e Seco (2009), obtiveram resultados semelhantes num estudo realizado com alunos de enfermagem em ensino clínico. As estratégias de coping utilizadas com mais frequência, por estes estudantes foram as estratégias centradas no problema, mas acrescentando que as raparigas optam por estratégias mais adaptativas, e os rapazes, na maioria das vezes, agem como se o problema não existisse, enquanto Santos (2011) refere que os estudantes mais bem-adaptados à vida académica eram aqueles que apresentavam estratégias de confronto.

Relativamente às diferenças de género nas estratégias de coping, já Vaz-Serra (1988), tinha constatado que as mulheres tendem a ser diferentes dos homens em relação às estratégias de coping utilizadas, afirmando que recorrem mais a estratégias centradas nos problemas como a procura do suporte social, o que já tinha sido verificado por Ptacek, Smith e Zanas (1992) e Stein e Nyamathi (1999).

Barnett e colaboradores (1988, cit in Silva, 2011), referem-se a esta diferença ao nível da menor adopção por parte dos homens de estratégias mais focadas nas emoções, com o facto de encararem o pedido de ajuda como um sinal de fraqueza e de falta de independência ou competência, enquanto as mulheres já entendem o recurso a este tipo de recurso como experiencia agradável, considerando ser a mesma um forte contributo para o estabelecimento e manutenção de relações interpessoais.

Na Malásia, Redhwan et al. (2009), após verificarem quais os fatores indutores de stresse entre os estudantes universitários, verificaram que estes identificavam como estratégias eficazes para lidar com o estresse, o aconselhamento, meditação, partilha de problemas, dormir o suficiente e sair com os amigos. Ainda na Malásia, Al-Dubai, Al-Naggar, Alshagga e Rampal (2011) verificaram que os 376 estudantes de medicina que entraram no seu estudo utilizaram essencialmente estratégias de enfrentamento ativo, apoio religioso e de reenquadramento, planeamento de resolução de problemas e de aceitação.

No Brasil, Freire e Noriega (2001), verificaram que, numa amostra de 466 universitários de ambos os sexos utilizam maioritariamente o coping ativo cognitivo com foco no problema para mediar eventuais potenciadores de estresse. O coping de evitamento foi o mais utilizado por estudantes do sexo feminino, que referiram baixo rendimento académico.

Nos Estados Unidos, O'Brien et al. (2012) verificaram que os estudantes utilizam essencialmente estratégias de enfrentamento consideradas saudáveis, como a autodistração ou a técnica da autoculpabilizacão. As técnicas de enfrentamento mais utilizadas e que são consideradas positivas, passam pela aceitação, coping ativo e busca de apoio emocional.

Na Austrália, na Universidade de Murdoch, Williams et al. (2005), verificaram que nos estudantes de medicina veterinária, as estratégias mais utilizadas pelos alunos foram também de enfrentamento, mas não foram consideradas as mais adequadas, já que estes apresentaram níveis moderados/elevados de estresse. Os resultados deste estudo tiveram como consequência, que fosse incluído no currículo académico, informações sobre estratégias para gerir potenciais situações de estresse, por forma a ajudar os estudantes a minimizarem os níveis de estresse.

Ramos e Carvalho (2007), realizaram programas de estratégias de coping para a intervenção de estresse no quotidiano dos estudantes universitários na Universidade de Coimbra, que tendo em conta as estratégias de coping mais utilizadas pelos alunos, verificaram que estes possuem bons conhecimentos sobre estratégias de coping e de enfrentamento e não têm tendência para utilizar estratégias negativas, e sim adotar estratégias de confronto e enfrentamento ativo do problema, controlo interno e externo do problema e pedido de ajuda, estando altamente relacionado o nível de stresse com o coping adotado. (Custódia, Pereira e Seco, 2009).

Na mesma altura, Cruz e Fontaine (2009) realizaram um estudo numa escola de Enfermagem no Porto que também levou a uma mudança de atitude por parte da instituição. Tendo os resultados obtidos provado a relevância do suporte social dos amigos no processo de adaptação, passou a proporcionar-se um conjunto de atividades extracurriculares (teatro, defesa pessoal, *yoga* e dança) e *workshop*s de receção aos novos estudantes com temas que permitem a reflexão sobre a transição para o ensino superior, dificuldades encontradas e modos de lidar com estas, tendo tido um impacto e adesão bastante positiva por parte dos estudantes.

Cunha e Carrilho (2005) defendem que é importante que as universidades criem espaços que contribuam para a formação integral do ser humano, fazendo parte deste, os componentes emocional e cognitivo, bem como dar atenção aos novos alunos, implementando intervenções de apoio psicossocial. Atualmente, e um pouco por todo o mundo, as universidades já se mostram sensibilizadas para o estresse académico, problemas de saúde mental e física e o que a sua má gestão pode provocar. A maioria destas instituições já possui *online*, na sua página oficial, uma área reservada para fornecer informações úteis com conselhos sobre estratégias de coping e de enfrentamento para lidar com situações de tensão e ansiedade e opções vocacionadas para apoio, como a referência a gabinetes de psicologia ou de enfermagem, panfletos e brochuras online de fácil consulta, cds com informação útil, cds de meditação ou relaxamento e de livre acesso. Exemplo disso, é a

página oficial da Universidade de Coimbra, com informação sobre estresse, depressão e conselhos sobre relaxamento, técnicas de gestão de tempo, método de estudo, motivação e concentração (Universidade de Coimbra, 2012).

No Japão, Hirokawa et al. (2002), desenvolveram um programa de gestão de estresse com alunos universitários, onde ao grupo de intervenção foi aplicado um programa constituído por treino muscular progressivo, treino de técnicas cognitivas comportamentais e treino de técnicas de afirmação, durante 14 semanas. Foram comparados os dados relativamente aos sintomas de estresse e estratégias de enfrentamento, antes e após o programa, com o grupo de controlo, que revelou que as estratégias de enfrentamento de estresse ditas passivas, no grupo experimental, diminuíram após o programa, apresentando, este, níveis de stresse inferiores ao do grupo de controlo, no final.

Cho (2012) desenvolveu um programa em estudantes universitário de uma universidade da Coreia, durante um semestre, composto por 12 sessões de auto-desenvolvimento pessoal e de estratégias de coping. Após a aplicação deste programa, foram comparados os resultados do grupo de intervenção com um grupo de controlo que revelou que, comparativamente, o primeiro grupo melhorou a sua capacidade de adaptação à universidade onde as técnicas de autodesenvolvimento pessoal aumentaram a eficácia dos métodos de enfrentamento ou coping utilizados.

Podemos assim concluir que este é um problema para o qual é necessário ter atenção, e que apesar de medidas já estarem em curso, é provavelmente importante não descurar a atenção sobre estas questões.

Podemos concluir que as estratégias de coping têm como objetivo atenuar a tensão física, emocional e psicológica relacionada com as situações indutoras de estresse. Uma vez que as estratégias podem modificar-se ao longo do tempo e mediante situações específicas durante as diversas fases de uma situação/acontecimento estressante. Por outro lado, as estratégias de coping utilizadas pelos estudantes universitários para resolverem os seus problemas dependem da capacidade para confrontarem-se com situações que envolvam benefícios e custos.

CAPÍTULO III - BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

3.1 Origem

A questão sobre o que constitui o bem-viver tem sido um tema central na civilização ocidental desde os antigos filósofos gregos. Contudo, a inclusão do estudo do bem-estar no âmbito psicológico no domínio da investigação científica deu-se apenas na década de 1960, impulsionada por grandes transformações sociais (por exemplo o fim da Segunda Guerra Mundial) e pela necessidade de desenvolver indicadores sociais de qualidade de vida (Diener, 1984; Galinha & Ribeiro, 2005; Keyes, 2006; Ryff, 1989).

O trabalho de Diener (1984) é um marco na tentativa de sistematização dos estudos na área, cunhando o termo Bem-Estar Subjetivo (BES) para representá-la. O BES é definido como um conjunto de fenômenos que incluem respostas emocionais, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação de vida. Existem, entretanto, três componentes básicos do BES: satisfação de vida, altos níveis de afeto positivo e baixos níveis de afeto negativo (Bradburn, 1969; Diener, 1984; Diener, Suh & Oishi, 1997; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Décadas de pesquisas sobre o BES e seus componentes acumularam importantes achados para o estudo do bem-estar. Por exemplo, descobriu-se que os afetos positivos e negativos formam dimensões independentes (Bradburn, 1969), e a satisfação de vida tende a ser o componente mais estável ao longo do tempo (Diener et al., 1999). Sobre a mensuração do BES, a frequência (e não a intensidade) dos níveis de afeto constitui seu melhor indicador (Diener, 1984; Diener et al.,1999), e escalas de múltiplos itens são mais fidedignas do que aquelas de item único (Diener et al., 1999; Larsen, Diener & Emmons, 1985). Também os traços de personalidade extroversão e neuroticismo aparecem como grandes preditores do BES (Costa & McCrae, 1980), o que evidencia a influência dos traços de personalidade.

3.2 Conceitos Bem-Estar Psicológico

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o bem-estar psicológico é a "medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abrange os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo" (1948, Constitution of the World Health Organization).

Atualmente, na Psicologia o bem-estar tem sido estudado nas últimas décadas e é visto como um constructo que retoma em si as duas perspetivas teóricas, tal como o

defendido por Aristóteles: o bem-estar subjetivo, baseado no conceito de hedonia, e o bem-estar psicológico, baseado na noção de eudaimonia, concedendo ao bem-estar dimensões afetivo-emocionais e cognitivas (Pereira, 2012).

O Bem-Estar Psicológico (BEP) é um construto baseado na teoria psicológica, agregando conhecimentos de áreas como a psicologia do desenvolvimento humano, psicologia humanista-existencial e de saúde mental, a respeito do funcionamento psicológico positivo ou óptimo (Ryff, 1989). Os pontos de convergência entre essas formulações teóricas constituem as dimensões do BEP, as quais são consensualmente descritas como autoaceitação, relações positivas com outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal (Ryff,1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008), tendo vários estudos demonstrado a sua convergência em relação a indicadores de bem-estar, qualidade de vida, marcadores biológicos de saúde, processos desenvolvimentais adaptativos e construtos que refletem dimensões positivas da saúde mental (Ryff & Singer, 2008).

O Bem-Estar Psicológico será então o processo de mudanças maturativas no qual a personalidade se apresenta como factor fundamental na determinação destas mudanças (Novo, 2003), representando "a avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das suas vidas, incluindo conceitos como a satisfação com a vida, a felicidade, as emoções agradáveis, os sentimentos de realização pessoal e de satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis" (Ferreira, 2007, p. 1), tratando-se duma percepção sobre o ajustamento pessoal desencadeado no processo de superação dos desafios existenciais onde a inteligência emocional se revela como capacidade de processar e discriminar emoções próprias e de outrem e de utilizar essa informação para orientar pensamentos e acções, expressando-se nas dimensões sociabilidade, empatia, auto-consciência, auto-motivação e auto-valorização.

O constructo de Bem-Estar Psicológico, como foi desenvolvido por Ryff (1989), assenta sobre dois pressupostos: um que refere que o conhecimento obtido a partir do estudo do sofrimento psicológico e das desordens psicopatológicas, não permitem realçar as causas e as consequências do funcionamento psicológico positivo; outro, o reconhecimento do esforço de caracterização do funcionamento positivo com base numa concepção redutora do bem-estar, fundamentada na noção de felicidade com base nas emoções positivas e na satisfação.

O primeiro pressuposto, perspectiva o Bem-Estar Psicológico através da presença de recursos psicológicos efectivos e de um funcionamento que não se inscreve no âmbito da saúde mental, enquanto o segundo, com um sentido redutor, vê a felicidade como critério

para a determinação do bem-estar, deixando de lado a análise de outras dimensões psicológicas importantes na caracterização do funcionamento positivo nas suas propriedades essenciais, impedindo a identificação de aspectos psicológicos centrais nele envolvidos (Novo, 2003).

Esta análise, proposta por Novo, requer uma exploração teórica e empírica do bem-estar com base em três aspectos fundamentais: a) a integração das características essenciais e comuns dos modelos teóricos da personalidade da psicologia do desenvolvimento e da psicologia clínica; b) a atenção às dimensões operacionalizáveis e relevantes no plano empírico, entendidas como dimensões caracterizadoras das diferenças inter-individuais face aos valores, crenças e ideais dos adultos a quem se aplicam, e c) a integração do bem-estar no âmbito da saúde mental, entendida numa relação mais ampla e geral de saúde, que permitiu que Ryff (1989) desenhasse o modelo de Bem-Estar Psicológico; a definição do conceito-base e os critérios para a sua implementação.

Gonçalves (2008) analisa o modelo de Bem-Estar Psicológico de Ryff e sustenta tratar-se de um modelo multidimensional que integra diferentes variáveis, como factores de personalidade e categorias sociodemográficas, com base no argumento de que este modelo permite descrever as competências cognitivas de um individuo, necessárias para resolver os desafios que ocorrem nas diversas situações ao longo da vida. Mais ainda, o Bem-Estar Psicológico determina um pleno funcionamento psicológico do indivíduo associado ao ajustamento emocional, social e de maturidade individual.

Naturalmente, os indivíduos que se encontram em fases de vida mais avançadas, nomeadamente na velhice, poderão apresentar uma visão mais integrada do seu Bem-Estar Psicológico, podendo estes avaliar a sua trajectória de vida, abarcando as transformações de vida pelas quais já passaram. Assim se entende que o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida do indivíduo implique a concretização de diferentes tarefas desenvolvimentais que influenciam o seu ajustamento e o Bem-Estar psicológico, (Mesquita, 2008).

3.3 Bem-Estar Psicológico e saúde em Estudantes Universitários

Ryff (1989) introduz, um modelo multidimensional, em que o BEP estaria incluído no âmbito da saúde mental como indicador do desenvolvimento psicológico normal (Guerreiro, 2011). Este modelo abarca conceções de crescimento pessoal, desenvolvimento humano e auto-realização, em que agrega seis conceções que define e descreve em seis componentes: a autoaceitação (nível de autoconhecimento do indivíduo, o seu funcionamento

e a sua maturidade), a autonomia (locus pessoal de avaliação e na gestão das aprovações externas), o controlo sobre o meio (escolha e criação de ambientes ajustados à sua personalidade e à capacidade de gestão dos meios mais exigentes) as relações positivas (capacidade de estabelecimento e manutenção de relações interpessoais), propósito de vida (estabelecimento de objetivos pessoais, atribuindo significado à vida) e, por fim o desenvolvimento pessoal (necessidade particular de vivenciar diferentes e novas experiências e desafios) (Remédios, 2010).

O estresse, que pode ser entendido como o processo complexo através do qual um indivíduo responde aos acontecimentos que fazem parte do quotidiano, susceptíveis de ameaçar, ou de pôr em causa, o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984), apresenta, nos estudantes universitários, determinadas consequências negativas do ponto de vista emocional, nomeadamente, o aparecimento de perturbações de ansiedade e de humor (Amada, 2001; Deroma, Leach & Leverett, 2009; Grayson & Cooper, 2006; Misra & McKean, 2000; Nogueira-Martins, Neto, Macedo, Cítero & Mari, 2004; Rawson, Bloomer & Kendall, 2001).

Segundo Kadison e DiGeronimo (2004), o estresse experimentado pelos estudantes universitários está fortemente relacionado com as vivências académicas e, estes autores, afirmam mesmo que os jovens vivem em "crise" no contexto académico, de tal modo que é actualmente comum, os alunos apresentarem diferentes tipos de perturbações psicológicas, como: depressão, perturbações do sono, abuso de substâncias, perturbações do comportamento alimentar, comportamentos impulsivos (ex.: promiscuidade sexual e auto-mutilação) e suicídio.

Ross, Niebling e Heckert (1999) realizaram um estudo para determinação das principais fontes de estresse nos estudantes universitários, considerando como mais importantes: as alterações de sono, a ausência de períodos de descanso ou férias, a mudança de comportamentos alimentares, as novas responsabilidades, o aumento do volume de trabalho, as dificuldades económicas e as alterações nas relações sociais.

Num outro estudo, Grant (2002), verificou que a maioria dos estudantes vive preocupada com as competências pessoais para a obtenção de resultados académicos, a preparação da sua carreira e a resolução eficaz das exigências da vida escolar e do curso frequentado. Mas, se as vivências académicas indutoras de estresse podem perturbar muitos estudantes do ensino superior, não são menosprezáveis os efeitos que os problemas de saúde mental têm sobre a performance académica (Murff, 2005). Estes problemas habitualmente afectam o domínio cognitivo, com alterações na concentração da atenção, memória, motivação, persistência e hábitos de estudo, originando aumento do absentismo escolar e

condicionando todo a capacidade funcional do jovem. Nesta dimensão em particular, verifica-se que os problemas psicológicos interferem na componente social e de relações interpessoais, condicionando o sucesso na construção de relações de amizade e intimidade, aumentando sentimentos de frustração e infelicidade (Sharkin, 2006).

Em suma, o Bem-Estar Psicológico é um construto multidimensional que reflete características relativas ao funcionamento psicológico positivo ou ótimo. Ao basear-se na teoria psicológica, reúne avanços conceituais e achados empíricos de décadas de pesquisas nas áreas do desenvolvimento humano, psicologia humanista-existencial e saúde mental.

Por outro lado, bem-estar psicológico surge como um modelo que traduz o resultado de um desenvolvimento e funcionamento positivos nas diferentes dimensões que abrangem a área da perceção pessoal e interpessoal, a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a mobilização para o futuro, assumindo um caráter amplo representativo do funcionamento psicológico positivo. Segundo Ryan et al. (2013) as conceções hedónicas e eudaimónicas de bem-estar divergem porque têm objetivos diferentes. As conceções eudaimónicas do bem-estar focam-se no conteúdo de vida e no processo de viver bem, enquanto as hedónicas se focam nos resultados (*outcomes*), nomeadamente a felicidade (ocorrência de afeto positivo, ausência de afetos negativos) e satisfação com a vida. O foco da investigação em eudaimonia será, por isso, o de identificar o que conduz a viver bem e as consequências esperadas desse viver (satisfação hedónica, vitalidade, intimidade, saúde, sentido de vida).

CAPÍTULO IV - ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E O ENSINO SUPERIOR

4.1 Estudantes Universitários

O período vivenciado pelo estudante durante o seu curso de graduação na universidade configura-se em um momento de muitos desafios, mudanças e dificuldades a serem superadas. O contexto do ensino superior exige que o estudante desenvolva uma série de características e habilidades antes não utilizadas. Segundo Almeida e Soares (2003) as tarefas com quais os jovens são confrontados na sua transição e adaptação ao ensino superior não são restritas às tarefas curriculares, implicando outras como o estabelecimento de um sentido de identidade, o desenvolvimento de relações interpessoais mais maduras, a exploração de papéis sociais, as questões da intimidade, o comprometimento com objetivos pessoais e profissionais, assumem uma relevância particular e marcam uma série de desafios e metas características da sua fase do desenvolvimento psicossocial.

Polydoro (2000) afirma que a entrada na universidade é um momento bastante significativo para o indivíduo, pois é frequentemente sincronizado com as mudanças e adaptações/crises próprias da adolescência e vida adulta, e que a integração ao ensino universitário envolve tanto condições pessoais quanto características institucionais. Já Fernandes e colaboradores (2005) defendem que as exigências de um novo contexto, como por exemplo, o início de um curso de graduação, desempenham uma função desenvolvimental, na medida em que desafia os recursos pessoais dos estudantes e cria oportunidades de mudança.

A partir de estudos realizados com universitários portugueses, Azevedo e Faria (2004) verificaram que o novo contexto nem sempre é receptivo às expectativas dos estudantes, o que leva os mesmos a perceberem muitas dificuldades. Por outro lado, alguns autores defendem que a universidade pode ser considerada um contexto facilitador do desenvolvimento pessoal dos estudantes, no sentido de promover a integração e o ajustamento acadêmico, pessoal, social e afetivo do jovem (Ferreira, Almeida & Soares, 2001; Santos & Ferreira, 1999). Outros ainda consideram que o próprio estudante é o principal ator do seu desenvolvimento no contexto universitário, cabendo a ele explorar, da melhor forma possível, as oportunidades oferecidas neste período (Astinstin, 1993).

Vários trabalhos apoiam a ideia de que os jovens que ingressam na universidade e se deparam com uma série de desafios pessoais, interpessoais, familiares e institucionais, merecem atenção das autoridades e serviços acadêmicos no oferecimento de suporte e apoio (Taveira et al, 2000; Leitão & Paixão,1999), até porque pesquisas realizadas no contexto acadêmico vêm registando um índice elevado de casos de depressão. Um estudo

desenvolvido por Santos et el., (2003) com o objetivo de identificar e medir os sintomas de depressão mais frequente entre universitários apontou a predominância de depressão em mulheres (97%) com idade média de 20 anos.

Igue, Bariani e Milanesi (2008) chamam a atenção ao impacto das vivências acadêmicas nos estudantes universitários, especialmente nos que ingressam pela primeira vez na universidade tem- se mostrado um foco importante de investigação, e os autores chamam a atenção para o fato da maioria dos estudos serem estrangeiros, ressaltando a importância de pesquisas sobre o tema. Nesse sentido, é importante preocupar-se com a qualidade da permanência do estudante no ensino superior, e dar atenção para questões de satisfação com o curso, envolvimento em atividades extracurriculares, estabelecimento de relações saudáveis, bem-estar psicológico, entre outros.

Estudos realizados mostram que os alunos que habitam no *campus* desfrutam de uma melhor relação académica fora da sala de aula relativamente aos que viviam fora promovendo sentimentos de aceitação, colaboração e de aprovação mútua. Desta forma, estes estudantes podem desenvolver caraterísticas de personalidade, como a autoestima, a assertividade e o otimismo, que os ajudarão na sua adaptação académica, promovendo a constituição de grupos de pares (Almeida et al., 2000).

Esta interação dos estudantes com o grupo de pares pode ter um lado menos positivo, quando o tempo que se despende em atividades sociais é muito. Nestes casos acabam por prejudicar o rendimento académico e o facto de frequentar locais que possam potenciar comportamentos de risco acaba também por influenciar a adaptação (Almeida et al., 2000). As relações com os pares são importantes quando bem geridas, mas não substituem o apoio prestado pela família do próprio estudante quando este não se encontra deslocado.

Portanto, daqui se conclui que um dos fatores importantes para o desenvolvimento do estudante universitário é o ambiente académico constituindo-se num momento de partilha de ideias e experiências, assim como um encontro de pessoas (Igue et al., 2008; Schleich et al., 2006). Ao envolverem-se em atividades culturais e científicas, órgãos associativos ou institucionais, os jovens podem desenvolver várias competências adequadas às exigências do mercado de trabalho (Granado et al., 2005).

4.2 Caracterização do Ensino Superior

A frequência do Ensino Superior é geralmente vista como uma fase que provoca bastantes mudanças nos estudantes, sendo considerado até um período ameaçador, que provoca ansiedade e *stresse* (Costa & Leal, 2008; Granado et al., 2005; Santos & Almeida, 1999; Schleich et al., 2006). Existe um conjunto alargado de desafios que têm maior ou menor impacto na vida dos estudantes universitários e no seu desenvolvimento pessoal e social (Oliveira, 2010), levando a mudanças a nível pessoal, cognitivo, profissional, afetivo e também a nível social (Schleich et al., 2006).

Grande parte dos estudantes tem expectativas bastante positivas acerca da experiência que vai iniciar (Cunha & Carrilho, 2005; Fernandes et al., 2005; Ferraz & Pereira, 2002; Salgado, Martins, Dores & Santos, 2010), embora apareçam misturadas com algum idealismo e ingenuidade, que raramente são satisfeitas (Cunha & Carrilho, 2005; Fernandes et al., 2005; Ferraz & Pereira, 2002; Salgado et al., 2010). Por vezes existe também um certo desconhecimento, por parte do próprio estudante, acerca do curso pelo qual optou, da carreira escolhida, e até sobre o significado de estar na Universidade (Igue et al., 2008).

No caso de as expectativas iniciais estarem erradas, o estudante pode ter que enfrentar algumas deceções com a sua vivência académica (Igue et al., 2008). Tais expetativas (Ferraz & Pereira, 2002). Estas expetativas, que o estudante apresenta são classificadas como um dos fatores mais importantes no processo de integração que agora enfrenta, e podem interferir com a motivação do jovem. O desfasamento que pode ocorrer entre as expetativas iniciais e a realidade que a instituição de Ensino Superior apresenta pode originar certos sentimentos antagónicos (Igue et al., 2008), e a euforia que o estudante pode apresentar na altura do ingresso à Universidade, assim como a idealização do novo ambiente educacional (que lhe pode permitir tornar-se num profissional de excelência), pode ser substituída por alguma deceção, quando o estudante passa a ter uma impressão não tão positiva quanto às aulas, professores e os procedimentos administrativos. As dificuldades adjacentes a este processo de integração podem ser potenciadas por falta de recursos pessoais do estudante, ou ainda pelas exigências a nível académico e falta de apoio da instituição de ensino (Cunha & Carrilho, 2005; Igue et al., 2008).

Em suma, de todas as transições que acontecem no percurso académico, a transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior é considerada a mais importante, pois exige por parte dos alunos uma flexibilidade enorme para que o ajustamento às novas exigências seja conseguido (Araújo et al., 2006). Este processo é complexo e multidimensional, uma vez que

envolve fatores de natureza intra e interpessoal, assim como de natureza contextual e curricular (Almeida & Nogueira, 2002; Araújo et al., 2006; Igue et al., 2008; Salgado et al., 2010).

4.3. Adaptação ao Ensino Superior

Nos últimos anos, tem-se assistido a um crescente número de estudos que têm procurado contribuir para uma compreensão mais alargada dos fenómenos subjacentes à transição e adaptação ao Ensino Superior (Abdullah et al., 2009; Almeida et al., 1999, 2000, 2002; Baker, & Syrik, 1984; Ferreira, 2003; Gerdes, & Mallinckrodt, 1994; Granado, Santos, Almeida, Soares, & Guisande, 2005; Hinkle, 2004; Monteiro, 2008; Polydoro, 2000; Riquelme et al., 2012; Soares et al., 2006, 2007, 2011; Salami, 2011; Silva, 2008; Soares, Guisande, Almeida, & Páramo, 2009), bem como a uma definição e conceptualização mais lata do processo e do construto de adaptação à Universidade (Duarte, 2008; Freitas et al., 2007; Silva, 2008). Estas investigações têm introduzido acentuadas e profundas alterações quer ao nível da forma como este construto é conceptualizado, como ao nível da sua própria definição (Cabral, 2011; Cabral, & Matos, 2010; Hinkle, 2004; Yalim, 2004).

As primeiras investigações e concetualizações sobre a adaptação ao Ensino Superior focalizavam-se, essencialmente, no estudo e na identificação das causas do insucesso e/ou abandono académico, do desempenho e realização universitária, e nas dificuldades de aprendizagem (Almeida, & Soares, 2004; Cabral, 2011; Cabral, & Matos, 2010; Lencastre et al., 2000; Soares et al., 2006; Tavares et al., 2002). Contudo, mais recentemente, o enfoque deste conceito, tem-se progressivamente, tornado mais compreensivo e analítico, não se focando, apenas, nos fatores académicos e no resultado final, mas também em fatores mais abrangentes das vivências académicas, como os fatores pessoais, emocionais e biopsicológicos (e.g. bem-estar físico, psicológico e emocional do estudantes…), fatores sociais e interpessoais (e.g. a integração social; estabelecimento de relacionamentos interpessoais…), a satisfação com o curso e com a instituição, bem como fatores associados ao desenvolvimento psicossocial do estudante (Almeida et al., 1999; Almeida, & Cruz, 2010; Almeida, & Soares, 2004; Baker, & Syrik, 1984; Cabral, 2011; Cabral, & Matos, 2010; Lencastre et al., 2000; Soares et al., 2011).

Por se tratar de um período crítico para o desenvolvimento do jovem, os alunos do primeiro ano de Ensino Superior requerem uma atenção especial, nomeadamente no momento de ingresso, para auxiliar o aluno na transição da adolescência para a vida adulta, sem que se gerem consequências negativas ao nível do aproveitamento académico (Cunha &

Carrilho, 2005). Há um desafio que o jovem tem que resolver de forma eficaz, que é a adaptação ao curso e à Universidade. É importante, então, que cada Universidade adote programas de intervenção psicopedagógica para auxiliarem este processo adaptativo assim como minorar o impacto educacional da Universidade nestes alunos (Cunha & Carrilho, 2005).

4.4 Estudos correlacionais entre as variáveis Psicológicas

Melhorar a qualidade de vida das populações tem sido um objetivo cada vez mais presente nos dias que correm. Já verificámos as dificuldades de uma definição singular que se adaptasse a todos os indivíduos por igual, o que reflete, segundo Constanza e colaboradores (2007) não só a subjetividade do conceito, mas igualmente dos fatores que o constituem, entre os quais se encontra o bem-estar.

Nas últimas décadas, a pesquisa dos fatores que realmente contribuem para a qualidade de vida (QV) tem atraído cada vez mais atenção na pesquisa em ciências sociais e empíricas. Num trabalho recente, Plagnol e Scott (2009) colocam a hipótese que o conceito de qualidade de vida não é estático, e vai sofrendo alterações ao longo da vida, sendo muitas dessas alterações pontuadas por acontecimentos de vida significativos, como o nascimento de um filho, a passagem à reforma ou, acrescentaríamos nós, a entrada para a universidade. Os mesmos autores chamam ainda a atenção para o facto de não ser apenas a etapa do ciclo de vida que está em questão, mas que outros fatores, como o género, são importantes, uma vez que os seus resultados apreserntaram diferenças entre homens e mulheres.

Numa revisão efetuada em 2012, onde analisou o nível de bem-estar em populações-alvo específicas, Picken conclui que existe uma ligação entre o coping, particularmente no que se refere às estratégias de enfrentamento, e o bem-estar. O mesmo autor salienta que a nível do que ele designa de "coping construtivo", as três estratégias (centrada na avaliação, no problema e na emoção) estão presentes, embora com eficácias diferenciadas a nível do seu uso no que respeita ao nível e bem-estar atingido. Por outro lado, num estudo que relacionava diretamente estes dois constructos, coping e bem-estatr, Smith, Ntoumanis, Duda, e Vansteenkiste (2011) concluíram que existe uma relação direta e significativa entre o bem-estar e algumas estratégias de coping, nomeadamente as que promovem o enfrentamento e resolução do problema. Noutro estudo, Gustems-Carnicer e Calderón (2012) confirmaram estes resultados, em ambiente acadêmico, onde as estratégias de enfrentamento se mostraram particularmente eficazes em situações de fobias e estados depressivos.

Como salientam Jankowska-Polanska, Nawrocka, Uchmanowicz., Rosinczuk. e Polanski (2014), a avaliação da qualidade de vida depende de vários tipos de variáveis, umas mais específicas (como métodos de intervenção e tratamento) e outras de carácter mais geral, como as diferenças sócio-demográficas, os sistemas de valores, expectativas, necessidades, atitudes, métodos de avaliação de uma situação e processo de adaptação a uma situação nova. Mais recentemente, Córdoba, e Limonero-García, (2015) concluíram que, sobretudo em situações em que o estresse pode ser sentido de forma continuada, um coping ativo é aquele que mais diretamente vai ter impacto positivo na qualidade de vida do indivíduo.

CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICO

5.1 Objectivo e hipóteses

O presente estudo tem como objetivo avaliar a Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Bem-Estar Psicológico em Estudantes Universitários, nomeadamente: Lisboa, Coimbra e Évora.

Tendo por base a revisão bibliográfica efetuada e os objetivos da investigação colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1- É esperado que existam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para as dimensões estratégias de coping.

H2- É esperado que se verifiquem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e a Qualidade de Vida.

H3- É esperado que os estudantes de Coimbra, Lsboa e Èvora utilizem estratégias de coping de forma diferenciada.

H4- É esperado que a Qualidade de vida e Bem-Estar psicológico estejam relacionados.

5.2 Método

5.2.1 Participantes

Participaram na presente investigação 210 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos, (M= 22.23 ; DP= 4.631), de três cidades portuguesas: Lisboa, Évora e Coimbra. Do total de participantes, 95 eram do sexo masculino e 115 do sexo feminino. Quanto á profissão, os Estudantes eram 85.7% e os Trabalhadores Estudantes eram 13.8%. Por outro lado, os estudantes de Coimbra, Évora e Lisboa tiveram a mesma percentagem (33.3), sendo a maioria (91.9%) dos participantes solteiros (ver Tabela 1).

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos

	Frequência	Percentagem *(%)*
Sexo		
Masculino	95	45.7
Feminino	115	54.3
Profissão		
Estudante	180	86.1
Trabalhador/Est.	30	13.9
Distrito		
Coimbra	70	33.3
Évora	70	33.3
Lisboa	70	33.3
Estado Civil		
Solteiro	193	92.3
Casado	6	2.9
União de facto	8	3.8
Separado	1	.5
Divorciado	2	.5

5.2.2 Instrumentos de avaliação

World Health Organization Quality of Life-BREF – WHOQOL-BREF (WHOQOL-BREF: WHO, 1965), Versão portuguesa (Vaz Serra *et al.*, 2006). Este questionário é uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100 desenvolvido pelo WHOQOL Group (1995), da WHO. Foi validado para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2007) e é composto por 26 questões agrupadas em quatro **domínios (1- Físico, 2- Psicológico, 3- Relações Sociais e 4- Meio Ambiente)**, abrangendo, ainda, um aspeto sobre a qualidade de vida geral, que engloba a primeira e segunda questão. Estas questões são do tipo Likert de 5 pontos e encontram-se formuladas por dimensões positivas e negativas que permitem avaliar a qualidade de vida dos indivíduos adultos com ou sem qualquer tipo de patologia. Os quatro domínios que compõem a escala são constituídos pelos seguintes itens: **Domínio 1** - 3, 4, 10, 15,16, 17 e 18; **Domínio 2** - 5, 6, 7, 11, 19 e 26; **Domínio 3** - 20, 21 e 22; **Domínio 4** - 8, 9,12, 13, 14, 23, 24 e 25. As características psicométricas do instrumento mostraram através do alfa de Cronbach que, a consistência interna, é aceitável, com um valor de.92. Ao retirar-se cada item, este valor varia entre.91 a .92, mostrando a importância de cada item para o desempenho do instrumento (Vaz Serra *et al.*, 2006). Segundo Vaz Serra e colaboradores (2006), a autoestima correlaciona-se de forma significativa com o domínio das relações sociais. Quanto à estabilidade temporal, verificou-se que os valores de correlação teste-reteste, para os quatro domínios, são aceitáveis ou bons, variando entre .65 e .85. Relativamente à validade, verifica-se que todas as correlações entre os quatro domínios são estatisticamente significativas, assim, como, em relação à faceta de qualidade de vida em geral. Constatou-se, também, uma correlação significativa com outros instrumentos (Vaz Serra, 2006).

Ways of Coping Questionnaire de Folkman e Lazarus (1985), versão Portuguesa Pais-Ribeiro e Santos (2001) Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos ou QMLA

O Questionário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985), versão Pais-Ribeiro e Santos (2001), é uma escala do tipo likert, constituída por 48 questões com 5 oportunidades de resposta: Nunca usei; Usei de alguma forma; Usei algumas vezes; Usei muitas vezes; Usei muitíssimas vezes. Construída para que o inquirido responda com base numa situação de stresse que experienciou recentemente. Segundo Pais-Ribeiro e Santos (2001), esta escala pode ser dividida em oito sub-escalas: ***Coping*** **confrontativo** (α=0,52); *Coping* de **auto-controlo** (α=0,67); **Procura de suporte social** (α=0,79); **Assumir a responsabilidade** (α=0,57); **Resolução planeada de problemas** (α=0,76); **Distanciamento**

(α=0,75); **Fuga-evitamento** (α=0,67); e **Reavaliação positiva** (α=0,83). Todas estas sub-escalas apresentam valores para Alfa de Cronbach entre os 0.52 e os 0,80, pelo que, segundo os autores supracitados, apresentam uma consistência interna aceitável, embora não muito elevada, no entanto estes acrescentam que valores de consistência interna considerados baixos são muito comuns em escalas de *coping* (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico em Estudantes Universitários – EMMBEP. Adaptação Portuguesa da Escola da Escala de Bem-estar Psicológico (BEP) foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Monteiro, Tavares e Pereira (2006) a partir da versão original da *Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique* de Massé et al. (1998).Trata-se de uma escala de auto-relato composta por um total de 25 itens distribuídos por 6 escalas que avaliam fatores como: **Autoestima** (4itens), que coloca questões como: "Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam"; **Equilíbrio** (4 itens), que aborda questões como: "A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas atividades familiares, pessoais e académicas"; **Envolvimento Social** (4 itens), que coloca questões do tipo: "Tive objetivos e ambições"; **Sociabilidade** (4 itens), que compreende questões do tipo: "Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta"; **Controlo de Si e Acontecimentos** (4 itens) que coloca questões como: "Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações" e **Felicidade** (5 itens) que aborda questões do tipo: "Senti-me bem, em paz comigo próprio". A resposta aos itens é efetuada numa escala tipo Likert que varia de 1 (Nunca) a 5 (Quase Sempre). Os estudos de validação da escala revelam que, a mesma, possui boas características psicométricas, com níveis adequados de análise fatorial e consistência interna para a nota global (.93) e para as seis subescalas consideradas, com valores de alpha de Cronbach entre.71 e.85. A fidelidade da EMMBEP foi avaliada através do estudo da consistência interna, com o cálculo do coeficiente item restante e do coeficiente do alfa de Cronbach. A validade de constructo foi estudada recorrendo a uma análise factorial confirmatória (o método de extracção utilizado foi o da Análise dos Componentes Principais, com rotação Varimax com normalização de Kaiser) (Monteiro et al., 2006). A análise fatorial confirmatória revelou uma estrutura com seis fatores distintos, responsáveis por 65,62% da variância total do questionário. A consistência interna foi avaliada para a nota global da escala e para as seis sub-escalas separadamente (Monteiro et al., 2006).

5.2.3 Procedimentos

A amostra foi recolhida em três universidades, relativamente aos distritos de Lisboa, Coimbra e Évora. Em primeiro lugar foi-lhes apresentado o questionário que fazia menção do consentimento informado que estava acessível na primeira página do questionário. Os participantes foram informados de todas as condições necessárias para a execução do mesmo com êxito, no que tange o voluntariado, confidencialidade apenas para fins de investigação, anonimato não existindo respostas certas ou erradas e que a qualquer momento poderiam desistir do estudo. Após o consentimento dado pelos estudantes. Foi possível passar os questionários que tiveram em média 10 minutos. Foram preenchidos e recolhidos um total de 215 questionários, dos quais foram eliminados 5 por não obedecerem aos critérios de inclusão. Depois de todos os dados recolhidos no prazo de 20 dias, foi efectuada uma base de dados no programa Excel, a qual á posteriori, foram introduzidos numa base de dados informatizada e tratados estatisticamente através do programa IBM SPSS Statistics 22.0 para o sistema operativo Windows 7. O presente estudo tem caráter transversal, tendo sido desenvolvido um estudo comparativo entre três universidades de três distritos acima citados.

CAPÍTULO VI - RESULTADOS

6.1 Resultados

Com o objectivo de se verificar a existência de diferenças estatisitcamente significativas entre sexos, foi efectuado um teste T de Student de diferença de médias, tal como se pode observar na Tabela 2.

No que respeita à Qualidade de Vida e suas dimensões, não foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas, tal como em relação ao bem-estar psicológico. Verificou-se diferenças estatisticamente significas entre os sexos em dimensões de estratégias de coping, concretamente na procura suporte social *(T(202) = -3.827; p= .000),* na resolução planeada do problema *(T(204)= -2.123; p= .035),* reavaliação positiva*(T(202) = -2.836; p= .005);* assumir responsabilidades *(T(169)= -2.747; p= .007).* Em todas as variaveis referidas foi o sexo feminino que apresentou valores superiores.

Tabela 2 – Comparação entre sexos para as variáveis psicológicas

	Participantes					
	Masculino *(N=97)*		Feminino *(N=113)*			
	Média	*DP*	*Média*	*DP*	*T*	*P*
QL Físico	3.46	.44	3.41	.35	.828	.409
QL Psicológico	3.89	.52	3.92	.47	-.380	.704
QL Social	3.96	.68	4.02	.58	-.632	.528
QL Ambiente	3.96	.44	3.83	.45	1.964	.052
Auto-controlo	1.74	.48	1.85	.44	-1.731	.085
Procura suporte social	1.65	.49	1.91	.45	-3.827***	.000
Fuga Evitamento	1.04	.47	1.17	.50	-1.829	.069
Resolução planeada do problema	1.75	.55	1.93	.60	-2.123*	.035
Reavaliação positiva	1.27	.50	1.49	.58	-2.836**	.005
Assumir responsabilidade	2.01	.71	2.25	.52	-2.747***	.007
Coping confrontativo	1.59	.45	1.64	.45	-.871	.385
Distanciamento	1.58	.55	1.57	.51	.033	.973
Felicidade	3.74	.70	3.85	.61	-1.207	.229
Sociabilidade	3.92	.57	3.97	.56	-.588	.557
Controlo de si e dos acontecimentos	3.50	3.53	.57	.48	-.380	.705
Envolvimento social	3.52	.66	3.57	.67	-.486	.627
Auto-estima	3.72	.64	3.74	.67	-.263	.793
Equilibrio	3.76	.62	3.88	.58	-1.361	.175

*Nota: * - p ≤ ,05; ** - p ≤ ,01; *** - p ≤ ,001*

A Tabela 3 Apresenta as medidas descritivas para as dimensões de Estratégias de Coping

Relativamente a analise descritiva para as dimensões de Estratégias de Coping foram encontrados os seguintes resultados: Coping Confrontativo (*M=1,62;DP=.453);* AutoControle (*M=1.80;DP=.468);* Procura de Suporte Social (*M=1.80;DP=.492);* Assumir Responsabilidades (*M=2.14;DP=.634);* Resolução Planeada de Problemas (*M=1.80; DP=.591);* Distanciamento *(M=1.57;DP=.533);* Fuga/Evitamento *(M=1.11;DP.490);* Reavaliação Positiva *M=(1.40;DP=.556)*

Tabela 3 – *MD* e *DP* para as dimensões de Coping

	M	*DP*
Coping Confrontativo	1,62	,453
Autocontrole	1,80	,468
Procura de Suporte Social	1,80	,492
Assumir Responsabilidade	2,14	,634
Resolução Planeada de Problemas	1,86	,591
Distanciamento	1,57	,533
Fuga/Evitamento	1,11	,490
Reavaliação Positiva	1,40	,556

A título exploratório, pretendeu-se verificar se a frequência universitária em diferentes estudantes universitários poderia justificar a existência de diferenças entre os participantes. Para tal efectuou-se una análise de variância univivariada, patente na tabela 4.

Foram observadas diferenças de médias estatisitcamente significativas em duas das dimensões da qualidade de vida, ao nível fisico *(F (2, 203)=21.770; p= .000)*, tendo os estudantes de Évora apresentado indíce superior, comparado com os estudantes de Lisboa e de Coimbra e ao nível do ambiente *(F(2, 205)= 17.261; p= .000*, onde os estudantes de Coimbra apresentaram valores superiores comparados com os outros estudantes.

No que respeita às estratégias de coping, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas seguintes dimensões: auto-controlo *(F(2, 203)= 7.302; p= .001*), procura suporte social (*F(2,203)= 7.609; p=.001*); fuga evitamento *(F(2, 205)= 5.100; p=.001*); res. planeada do problema *(F(2,205)=11.200; p=.001);* assumir responsabilidades *(F(2,206)= 3.867; p= 0.0);* coping confrontativo *(F(2,206)= 15.161; p= .001*) e distanciamento *(F(2,206)= 13.276; p= .001*), sendo que os estudantes de Coimbra apresentaram maiores níveis comparando com os estudantes de Évora e Lisboa. Por outro lado, foram os estudantes de Èvora na dimensão revaliação positiva *(F(2,203)= 8.503; p=.001)*, que apresentaram maiores níveis comparando com os de Lisboa e Coimbra.

Relativamente ao bem-estar psicológico,verifica-se diferenças estatisticamente significativas nas variaveis felicidade *(F(2,201)= 20.459; p= .001)* e auto-estima *(F(2,206)= 14.398; p= .001)* para os estudantes de Coimbra, comparando com os estudantes de Évora e Lisboa. Por outro lado, também registou-se dierenças estatisticamente significativas para a variavel sociabilidade (*F(2,205)= 9.519; p= .001)* onde os estudantes de Coimbra e Lisboa apresentaram niveis mais baixos comparando com os de Évora.

Tabela 4 – Comparação de médias em função dos estudantes universitários

	Cidade							
	Coimbra *(N=70)*		Évora *(N=70)*		Lisboa *(N=70)*			
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*F*	*P*
QL Físico	3.37ª	.28	3.67b	.48	3.27a	.28	21.770***	.000
QL Psicológico	3.98	.47	3.95	.48	3.80	.51	2.822	.062
QL Social	3.94	.60	4.02	.68	4.01	.60	.328	.072
QL Ambiente	4.14b	.41	3.78a	.48	3.76a	.36	17.261***	.000
Auto-controlo	1.97ª	.38	1.73b	.49	1.70b	.47	7.302***	.001
Procura suporte social	1.95ª	.42	1.64b	.56	1.80	.42	7.609***	.001
Fuga Evitamento	1.25ª	.41	1.03b	.53	1.02b	.48	5.100**	.007
Res. planeada do problema	2.11ª	.58	1.74b	.58	1.70b	.52	11.200***	.000
Reav. Positiva	1.20ª	.34	1.57b	.63	1.40	.59	8.503***	.000
Ass. Responsanbil	2.31ª	.51	2.03b	.69	2.09	.65	3.867*	.022
Coping confrontativo	1.84ª	.33	1.45b	.51	1.57b	.41	15.161***	.000
Distanciamento	1.80ª	.57	1.53b	.47	1.37	.44	13.276***	.000
Felicidade	4.10ª	.49	3.84b	.63	3.45c	.66	20.459***	.000
Sociabilidade	3.97ª	.48	4.13b	.61	3.73b	.52	9.519***	.000
Controlo si e dos acontecimentos	3.56	.53	3.53	.57	3.46	.47	.710	.493
Envol. Social	3.53	.64	3.56	.66	3.54	.70	.043	.957
Auto-estima	4.01ª	.54	3.73b	.66	3.45c	.64	14.398***	.000
Equilibrio	3.85	.63	3.92	.62	3.71	.56	2.152	.119

*Nota: *p<.05, ***p<.001*

Relativamente a Tabela 5, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis qualidade de vida, estratégias de coping e bem-estar psicologico entre estudantes e trabalhadores/estudantes.

Tabela 5 – Comparação entre estudantes e trabalhadores estudantes para as variáveis psicológicas em estudo

	Participantes					
	Estudante *(N=179)*		Trabalhador estudante *(N=31)*			
	Média	*DP*	*Média*	*DP*	*T*	*P*
QL Físico	3.45	.39	3.30	.39	1.940	.054
QL Psicológico	3.92	.47	3.83	.62	.758	.454
QL Social	4.00	.58	3.97	.85	.161	.873
QL Ambiente	4.00	.58	3.97	.85	.1746	.082
Auto-controlo	3.92	.45	3.76	.47	-.999	.319
Procura suporte social	1.79	.46	1.88	.50	-.413	.680
Fuga Evitamento	1.09	.49	1.17	.49	-.799	.425
Resolução planeada do problema	1.83	.58	2.01	.59	-1.509	.133
Reavaliação positiva	1.36	.53	1.60	.68	-1.758	.088
Assumir responsabilidade	2.15	.63	2.12	.65	.236	.814
Coping confrontativo	1.60	.45	1.72	.42	-1.343	.181
Distanciamento	1.55	.52	1.68	.57	-1.249	,213
Felicidade	3.85	.64	3.54	.68	2.286	.223
Sociabilidade	3.95	.55	3.92	.60	.326	.745
Controlo de si e dos acontecimentos	3.51	.51	3.60	.55	-.878	.381
Envolvimento social	3.53	.65	3.69	.76	-1.181	.239
Auto-estima	3.73	.66	3.72	.64	.089	.929
Equilibrio	3.87	.58	3.63	.70	1.985	.480

Em seguida foi efetuada uma análise correlacional como se pode observar na tabela Tabela 6. Foram encontradas relações significativas de sentido positivo em todas as dimensões da Qualidade de Vida e do Bem-Estar Psicológico, estas relações variam entre Fracas *r=,217* para as dimensões do Envolvimento Social com a QL Social, e Fortes *r=,721* para as dimensões da Autoestima com QL Psicológico.

Tabela 6 - Correlação entre a qualidade de vida e o bem-estar psicológico

	QLFisico	QLPsicológico	QLSocial	QLAmbiente	*P*
Felicidade	,418**	,717**	,571**	,579**	.000
Sociabilidade	,421**	,531**	,562**	,444**	.000
Controlo de si e dos acontecimentos	,293**	,417**	,430**	,359**	.000
Envolvimento social	,286**	,409**	,217**	,339**	.000
Auto estima	,405**	,721**	,575**	,578**	.000
Equilíbrio	,345**	,460**	,303**	,395**	.000

Nota: * - p≤.05; ** - p≤..01

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar à Qualidade de vida, Estratégias de Coping e Bem-Estar Psicológico em Estudantes Universitários nomeadamente em Coimbra, Évora e Lisboa.

Nesse sentido foram colocadas diversas hipóteses que discutiremos em seguida.

Segundo a primeira hipótese, esperava-se encontrar diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino para as dimensões de estratégias de coping. Os resultados obtidos vieram confirmar esta hipótese. O que vai na linha de vários estudos anteriores (e.g., Costa e Leal, 2006), que demonstraram haver diferenças na adoção de estratégias de coping em função do sexo, com o sexo masculino a adoptar mais estratégias de negação enquanto o sexo feminino preferencialmente escolhe estratégias de enfrentamento e resolução mais imediatas. De igual modo, essas diferenças também se verificaram face ao suporte social, tendo mais uma vez o sexo feminino apresentado uma média superior em comparação com o sexo masculino, à semelhança do observado por Costa (2004), que observou que existe uma associação entre o suporte social e o uso de estratégias de coping mais eficazes, sobretudo centradas nas emoções e problemas (Vaz-Serra, 1988). De resto, já em estudos que não foram feitos na população portuguesa esta mesma tendência se tinha verificado (Ptacek, Smith e Zanas, 1992; Stein e Nyamathi, 1999; cit in. Shah e Thingujam (2008) o que permite concluir que os efeitos de género nestas variáveis são supraculturais, sendo mais provavelmente devidos a efeitos de socialização e aquisição de papéis de género do que propriamente a variaveis de carácter ambiental, como o contexto local. Por fim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões qualidade de vida e bem-estar psicológico relativamente á variável sexo, o que provavelmente revela que as estratégias anterioremente referidas são necessárias, mas não suficientes, adotando os indivíduos outros modos de atuação no sentido de conseguirem níveis superiores de bem-estar e sentimento subjetivo da sua qualidade de vida.

Relativamente á H2, onde era esperado encontrar diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos estudantes universitarios para à variável qualidade de vida, relativamente ao nível físico e ambiente, verificou-se que os estudantes universitários de Coimbra apresentaram valores superiores comparados com as médias dos estudantes universitários de Èvora e Lisboa no domínio meio ambiente, este resultado não está de acordo com a literatura, já que em diversas ocasiões, (Custódio et al., 2004; Keller et al., 2011; Neto et al., 2008; Oliveira, 2006; Saupe *et al*., 2004; Teschima, Marçal, 2011) encontraram

resultados diferentes, o que a nosso ver pode ser explicado por variáveis intrínsecas quer às próprias universidades (a sua localização, tipos de cursos, etc.) quer ainda a outros fatores mais pessoais, como o grau de deslocalização sentido pelos estudantes das referidas universidades.

A terceira hipótese afirmava que as estratégias de coping variariam a nível dos estudantes universitários foi confirmada, o que já tinha acontecido anteriormente (Custódia, Pereira e Seco, 2009; Ramos e Carvalho, 2007), com estudantes universitários de enfermagem, que preferencialmente usavam da resolução planeada de problemas e a procura de suporte social. De resto, já Moffat, McConnachie, Ross, e Morrison (2004), num estudo com 275 estudantes de medicina do primeiro ano, verificaram que também estes utilizam maioritariamente estratégias de enfrentamento de problemas consideradas pro-ativas. Contudo, estes resultados podem ser questionados pela especificidade do curso estudado (da área da Saúde). No nosso caso, a diversidade de cursos encontrados no nosso estudo, bem como o fato de os dados não terem sido recolhidos num só local vem reforçar as conclusões da nossa hipótese, da diferenciação do uso das estratégias de coping.

Finalmente a quarta hipótese afirmava a existência de correlações entre a Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicologico. Os resultados obtidos revelaram correlações significativas e na direcção esperada, isto é, positiva, entre bem-estar psicológico e QDV, o que está na linha de vários resultados já obtidos (e.g., Unanlan, Celikten, Soyuer e Ozturk, 2008), o que vem confirmar a associação entre estes dois construtos, e que dificilmente um se pode conseguir sem o outro, e que tendem a ocorrer em simultâneo.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar à Qualidade de vida, Estratégias de Coping e Bem-Estar Psicológico em Estudantes Universitários, em diferentes Universidades, Coimbra, Évora e Lisboa, com o intuito de avaliar as diferenças devidas aos contextos culturais específicos.

A metodologia usada teve como principal finalidade avaliar um conjunto de dimensões relativas a vários conceitos que a revisão da literatura por nós efetuada revelou ser a mais pertinente. Nesse sentido, foram usados instrumentos de análise objetiva para avaliar conceitos como a Qualidade de Vida, o Bem-estar Psicológico ou as Estratégias de Coping, para citar as mais relevantes.

Os resultados obtidos não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas para a condição de Estudante/Trabalhador vs. Estudante, relativamente à Qualidade de vida, Estrategias de Coping e Bem-Estar Psicologico, o que provavelmente se pode ficar a dever a um conjunto de fatores como a entrada mais precoce no mercado de trabalho por parte dos estudantes, comparativamente ao que sucedia há uma ou duas décadas atrás. Também a sazonalidade inerente a algumas das ocupações dos jovens, nomeadamente nos meses de Verão ou a ocupação de empregos em *part-time* podem diluir a diferença que há uns anos atrás se observava entre estas duas condições de estudante e trabalhador/estudante.

Por outro lado, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos ao nível das estratégias de coping, apresentando as mulheres índices superiores, o que de resto vem na linha de outros estudos efetuados anteriormente (Custódio et al., 2009), o que poderá ser explicado pela maior facilidade de expressão emocional observada no sexo feminino, o que funcionaria como uma estratégia de coping mais adequada relativamente a problemas de quotidiano que requerem soluções de curto prazo (Costa & Leal, 2006).

No que respeita à comparação efetuada entre os estudantes de Coimbra, Évora e Lisboa, foi possível observar diferenças significativas em qualquer das variáveis em estudo, tendo ressaltado o facto dos estudantes de Coimbra apresentarem mais Qualidade de Vida, mais Estratégias de Coping e Bem-estar Psicologico em relação aos estudantes de Évora e Lisboa. Este facto poderá ter várias explicações, embora a nosso ver a mais plausível se prenda com a mentalidade ambiental das três Universidades, com a de Coimbra a ficar situada mais a Norte, o que no contexto português, equivale a uma maior tradição de aproximação entre as pessoas, enquanto mais a Sul, quer em Évora quer em Lisboa, se observar frequentemente um padrão de vida mais individualista, o que associado à mudança inerente à entrada na faculdade, pode acentuar as vivências negativas associadas a este

periodo de transição, como referem vários autores (Azevedo & Faria, 2004; Ferreira et al., 2001). De igual modo, ao avaliar a qualidade de vida tomando como fator o género, os nossos resultados evidenciaram níveis superiores relativamente ao domínio físico, quando comparado ao domínio meio ambiente, mais uma vez com o sexo feminino a apresentar valores superiores quando comparado com os que foram obtidos pelo sexo masculino.

Devemos referir como limitações deste trabalho o ainda relativamente baixo número de trabalhos produzidos nesta área, particularmente com a abordagem em simultâneo dos três conceitos por nós abordados - Qualidade de Vida, Estrategias de Coping e Bem-Estar Psicológico nos estudantes universitários. Assim, entendemos que por ser esta uma problemática complexa, que envolve variáveis que necessariamente não foram aqui controladas, mas que a nosso ver podem ter influência, este tipo de trabalhos deve ser replicado de forma a poder sustentar as nossas conclusões.

De qualquer modo, e dada a dimensão que este problema pode vir a ter, é de recomendar uma maior atenção das entidades competentes na tentativa de minorar algumas das situações que podem facilmente acontecer quando um jovem enfrenta um periodo de transição tão complexo como pode ser a entrada na vida universitária, muitas vezes acrescido de uma deslocalização geográfica, acompanhada de desenraizamento familiar e com a necessidade de construir de raiz sistemas de suporte social completamente novos.

Nesse sentido, parece-nos útil a criação e reforço de estruturas como os gabinetes de apoio em todas as Universidades, principalmente para os alunos do primeiro ano, devido a prevenção e promoção da saúde mental, através de meios alternativos que sejam capazes de abranger não apenas os estudantes que manifestam patologias, mas também aqueles que se encontram em risco de a desenvolver (Santos et al., 2010). Outra questão importante é que as instituições de Ensino Superior devem mostrar quais os serviços fundamentais do estabelecimento que o estudante possa usufruir, pois muitas das vezes os alunos desconhecem esses serviços (Cunha & Carrilho, 2005), bem como, serviços de aconselhamento psicológico na Universidade ou outros serviços, como por exemplo uma linha telefónica de apoio ao aluno por aluno, onde estudantes treinados e supervisionados forneciam ajuda aos estudantes que apresentavam problemas de nível pessoal e académico (Santos et al., 2010).

REFERÊNCIAS

Aalto-Setala, T. (2002).*Depressive disorders among young adults*. Academic Dissertation. Helsinki: National Public Health Institute - Helsinki, Finland.

Al-Dubai, A. R., Al-Nagar, R. A., Alshagga, M. A. e Rampal, K. G. (2011). Stresse and *Coping* Strategies of students in a Medical Faculty in Malaysia. Malásia. *Malays J MedSci*. Jul-Sep; 18(3), 57–64.

Aldwin, C. (2007). Stresse, coping and development: An Integrative Perspective. 2.ª Ed. New York: The Guilford Press

Alves, M. & Oliveira, E. (2008). O Efeito do Desemprego no Stresse e Coping dos Professores do 2.º Ciclo. Psicologia, Saúde & Doenças, 9 (2), 335-347

Amaral, A.P. (2007). *A importância da vulnerabilidade ao stresse no desencadear de doença física e mental perante circunstâncias de vida adversas*. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. Portugal.

Anke C. Plagnol, A. C., & Scott, J. What matters for well-being: Individual perceptions of quality of life before and after important life events. GeNet Working Paper No 33.

Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de Coping: uma Revisão Teórica. Estudos de Psicologia, 3 (2), 273-294

Araújo, B. R. (2005). *Vivências, satisfação e rendimento académicos em estudantes de enfermagem*. Dissertação de doutoramento. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Portugal. Azevedo, Â. e Faria, L. (2006). Motivação, Sucesso e Transição para o Ensino Superior. *Psicologia.* 20 (2), 69 - 93.

Baqutayan, S. e Mai, M. (2012).Stresse, strain and *coping* mechanisms: an de intervention study of fresh college students. *Academy of Educational Leadership. Journal The Dream Catchers Group, LLC*. 16 (1).

Barbosa, A., & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.). *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 149-156). Lisboa: ISPA.

Borrel, M. e Maslo, p. (2002). Stresse não é uma fatalidade. A ajuda das terapias naturais. Lisboa: Editora pergaminho

Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological wellbeing.*

Burris, J. L., Brechting, E. H., Salsman, J. & Carlson, C. R. (2009). Factors associated with the psychological well-being and distresse of university students. *Journal of American College Health, 57* (5), 536-543.

Bush, A. (2007).*Coping Mechanisms and Stresse in a University Population*. University of British Columbia, Okanagan campus, Psychology Undergraduate Honours Essays. Canada. Acedido março 20, 2013, em https://circle.ubc.ca/handle/2429/27017

Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.

Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de Vida: Significados e Níveis de Análise. In Canavarro, M. C. & Vaz Serra, A. (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem Na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (cap.1, pp. 4-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., et al.,. (2007). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), Avaliação *Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, et al., (2010). WHOQOL Disponível para Portugal: Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL 100 e WHOQOL-BREF). In Canavarro, M. C. & Vaz Serra, A. *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (cap. 5, pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Cardoso, J. (2012). *O método. Ser bom Aluno – 'Bora lá?.* 2ª edição. Lisboa: Guerra e Paz, Editores S.A.

Cerchiari, E. A. N. (2004). Saude mental e qualidade de vida em estudantes universitários. Dissertação de Doutoramento universidade estadual de campinas, biblioteca digital da Unicamp. Disponível em http://libdigi.Unicamp.br/document/list.php?tid-7

Chicago: Aldine.

Childre, D. (1997). *A gestão do stresse.* Lisboa: Dinalivro.

Cho, H. (2012). The effects of university students' self-development program on students adaptation to college and stresse *coping* method. *Korean Association of Human Ecology*.21 (3), 407-421.

Córdoba, V. & Limonero-García, J. T. (2015). Coping and quality of life in patients with Systemic lupus erythematosus: a review. Pensando Psicología, 11(18), 129-139. doi: http://dx.doi.org/10.16925/pe.v11i18.1223

Costa, B., Lopes, F., Neves, M. e Pereira, P. (2008) - Os níveis de stresse dos alunos de licenciatura da UCP- Viseu. *Gestão e Desenvolvimento*. 15(16), 43-68.

Costa, E. & Leal, I. (2006). Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior. Análise Psicológica, 2 (XXIV), 189-199

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversionand neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology, 38* (4), 668-678.

Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Caroline Beer, C., Bond, L. (…) & Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. Ecological Economics 61, 267–276.

Couvreur, C. (1999). *A Qualidade de Vida. Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Cientificas, Lda.

Cruz, M. e Fontaine, A. M. (2009). Transição para o Ensino Superior: O papel da Instituição e dos seus atores no processo de adaptação: Saúde e Qualidade de Vida em análise - *In IV Congresso de Saúde e Qualidade de Vida: Livro de atas.* Escola Superior de Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. Porto. 2008 (325-333).

Cunha, M. C. e Carrilho, D. M. (2005). Processo de adaptação ao ensino superior e o rendimento académico. Adaptação e rendimento académico. Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Psicologia Escolar e Educacional*. 9 (2), 215-224.

Custódia, S., Pereira, A. e Seco, G. (2009). Stresse e estratégias de *coping* dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. In Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Universidade do Minho, Braga, 2005 (4670 – 4683).

Dahlin, M., Joneborg, N., Runeson, B. (2005).Stresse and depression among medical students: a cross-sectional study. Department of Clinical Neuroscience. Section Psychiatry, St Göran, Stockholm. Sweden. *MedEduc.* 39(6), 594-604

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95* (3), 542-575.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for anational index. *American Psychologist, 55* (1), 34-43.11047 Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55* (1), 34-43.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999).Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125* (2), 276-302.

Dortu, J. (1993). *Combater o "stresse" do estudante*. Porto: Porto editora.

Elias, A., Azevedo, V. e Maia, A. (2009). Saúde e rendimento académico nos estudantes da Universidade do Minho: perceção de áreas problemáticas. *In Congresso Saúde e Qualidade de Vida, 4.* Escola Superior de Enfermagem, Porto, 1993 (292-302).

Fiedler, P. T. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação académica.* Dissertação de Doutoramento, Universidade de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Fleck, M. P. A. & Colaboradores (2008). *A Avaliação da Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P. A. & Colaboradores (2008). *A Avaliação da Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WQOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5 (1), 33-38.

Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping. Journal of Occupational Behavior, 3 (1), 95-107

Folkman, S. (1984). Personal control and stresse and coping process: A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-85

Fortin, M. (1996). *O processo de investigação. Da conceção à realização*. Lisboa: Décarie Éditeur. Lusociência.

Freire, H. e Noriega, J. (2011). *Coping* em estudantes universitários: relação com áreas de conhecimento. *Psicologia para a América Latina. Revista eletrónica internacional de la Unión Latio americana das entidades de Psicologia*. 21(1).Acedido maio 13, 2013, emhttp://psicolatina.org/21/.

Freire, H. e Noriega, J. (2011). Coping em estudantes universitários: relação com áreas de conhecimento. Psicologia para a América Latina. Revista eletrónica internacional de la Unión Latio americana das entidades de Psicologia. 21(1).Acedido maio 13, 2013, emhttp://psicolatina.org/21/.

Fusch, D. (2011). Helping students cope with stresse. Academic impress. *Academic impressions*. Acedido março 20, 2013, em http://www.academicimpressions.com/news/helping-students-cope-stresse.

Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças, 6* (2), 203-214.

Gameiro, S., Carna, C. ; Pereira, M. ; Canavarro, C. ; Simões, M., Rijo, D. Quartilho, M. ; Paredes, T. C Vaz Serra, A. (2008), " Sintomatologia depressiva na população garal" ; Psicologia, saúde & doença, 2008, 9 (1), 103-112. Disponível em http:// www.scielo.oces.mctes.pt/

Granzin, K. & Haggard, L. (2000). An integrative explanation for quality of life: Development and test of a structural model. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O Stressee, emoções e estratégias de adaptação*.

Gregorio, M. A. P. S., Rodríguez, M., Borda, M., e Río, C. (2003). Estrés y rendimiento académico en estudantes universitarios. *Cuadernos De Medicina Psicosomatica y Psiquiatria de Enlace,* 67/68: 26-33. Acedido maio,15, 2013, em http://www.editorialmedica.info/editorialmedica_publicacion_númMestrado em Educação para a Saúde

Gustems-Carnicer, J. & Calderón, C. (2012). Coping strategies and psychological well-being among teacher education students. European Journal Psychol Education. Publicado online. doi: 10.1007/s10212-012-0158-x

Hirokawa, K., Yagi, A. e Miyata, Y. (2002). An Examination of the Effects of Stresse Management Training for Japanese College Students of Social Work. *International Journal of Stresse Management,* 9 (2), 113-123.

Hori, M. e Shimatzu, A. (2007). A stresse management program for university students. Hiroshima University, Japan. *ShinrigakuKenkyu* 78(3), 284-9.

Huppert, F. A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F. A. Hupert, N. Baylis & B. Keverne (Eds.), *The science of well-being* (pp. 307-340). Oxford: Oxford University Press.

Jankowska-Polanska B., Nawrocka A., Uchmanowicz I., Rosinczuk J. & Polanski J.(2014). Quality of life and methods of coping with stress depending on the used form of therapy of rheumatoid arthritis treatment. Prog Health Sci 2014,(4), 102-110.

Jesus, S. N. (2006). Bem-estar em psicologia da saúde. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp. 81-97). Coimbra: Quarteto Editora.

Kadhiravan, S. e Kumar, K. (2012). Enhancing stresse *coping* skills among college students Department of Psychology, Periyar University, Tamil Nadu, India. *International refereed research journal: Journal of Arts, Science & Commerce*., 3(4), 49-55.

Katsching, M & Angermeyer, M. (1997). Quality of life in depression. In M. Katsching, M. Freeman & N. Sartorius. Quality of life in Mental Disorders. Chapter 10, 137-147. Chichester: John Wiley & Sons.

Keyes, C. L. & Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. Keyes & K. A. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 477-498). Mahwah, NJ: Lawrence Eribaum Associates.

Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mentalhealth and human development research world wide: an introduction. *Social Indicators Research, 77* (1), 1-10.

Kitzrow, M. A. (2003). The mental healdh needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA journal*, 41(1), 165-179.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stresse, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company

Lazarus, R. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present and Future. Psychosomatic Medicine, 55, 234-247

Lazarus, R. (1999). *Stresse and emotion.*Free Association Books.

Lazarus, R. (2000). Toward Better Research on Stresse and *Coping*.American Psychological Association. University of California. *Am Psychol,* 55(6), 665-673.

Leal, C. M. S. (2008) reavaliar o conceito de qualidade e vida. Açores: Universidade dos Açores. Disponivel em http: // www. Porto.ucp.pt/ luso-brasileiro/ actas/ Carla% 20 Leal. pdf

Leidy, N. K., Revicki, D. A. & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims os labeling and promotion. *Value Health,* 2 (2), 113-27.

Levy, L. (2000).*Dispa o seu stresse: 30 maneiras curiosas e divertidas para se libertar da tensão*. Lisboa: Editorial Bizâncio.

Lisboa: Climepsi Editores.

Loureiro, E. M. (2006). *Estudo da relação entre o stresse e os estilos de vida nas estudantes de Medicina*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade do Minho, Minho. Portugal.

Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L. e Pereira, A. (2009). Stresse e perceção do rendimento académico no aluno do Ensino Superior. In *Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de* Escola Superior de Educação de Coimbra Escola de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Mckenna e Whalley (1998), Quality of life for murses when teaching professionaly: a study with the whoqol-bref

Melo, A. C., Ferreira, A. P., C Pereira, A. (2005). Motivos que levam os estudantes á consulta de Psicologia. Acção Social e Aconselhamento no Ensino Superior: Investigação e Intervenção, 195-199. In A. Pereira & E. Motta (eds). Coimbra: Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra

Min, S. K. , Shin, W. C. Kim, K. I., Chung, J. I; & Kim, D. K (2000). Comparison of quality of life between Medical students and general college students. J. Korean Neuropsychiatriy Association, 39 (6), 1054-1060. Disponível em http://www.koreamed.org/searchbasic.php

Moffat, K. J., McConnachie, A., Ross, S. e Morrison, J. M. (2004). First year medical student stresse and *coping* in a problem-based learning medical curriculum. Universityof Glasgow. *MedEduc.* 38(5), 482-91.

Moore, K. A. & Keyes, C. L. (2003). A brief history of the study of well-being in children and adults. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. Keyes & K. A. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 1-11). Mahwah, NJ: Lawrence Eribaum Associates.

Neveu, D., Doron, J., Visier, L., Boichié, J., Trouillet, R., Dujols, P.; et al. (2012). Students perceived stresse in a academic program: consequences for its management. Universidade de Montpellier-1. *RevEpidemiolSante Publique,* 60(4), p. 255-64.

O'Brien, L., Mathieson, K., Leafman, J. e Rice-Spearman, L. (2012).Level of stresse and common *coping* strategies among physician assistant students. Texas Tech Health Sciences. *J Physician Assist Educ*. 23(4), 25-9.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª. ed). Lisboa: Climepsi

Oliveira, T. (2008). Stresse em Linha: Programa de Intervenção no Ensino Superior. Departamento de Ciências de Educação

OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde.

OMS (2007). *Mental health: Strengthening mental health promotion*. Fact sheet n.º 220. Geneva: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health, 23* (3), 24-56.

Organização Mundial de Saúde. (1998). Versão em Português dos Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL). In http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html#1. Acedido em 11 de Novembro, 2013.

Pacheco, A., Jesus, S., Martins A. (2000). Motivação e qualidade de vida do estudante no ensino superior. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, e Marques (eds). Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde (pp. 103-106). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Paro, H. B. M. S. , Morales, N. M. O., Silva, C. H. M., rezende, C. H. A. , Pinto, R. M. C., Morales, R. R., Mendonça, T. M. S. & prado, M. M. (2010). Health- related quality of life of medical studentes. Medical education, 44 (3), 227-235. Disponível em http:// www3. Interscience. Wiley. Com/ jornal/ 123286684/ abstract? Cretry – 1& stretry-0

Parreira, A. (2006). *Gestão de Stresse e da Qualidade de Vida – Um Guia para a Acção*. Lisboa: Monitor.

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

Pereira, A. e Williams, D.I. (2001). Stresse and *coping* in helpers on a student "nightline" servisse. *Counselling Psychology Quartely,* 14 (1), 43-47.

Pereira, A. S. (2006). Stressee doenças. Contributo da psicologia da saúde na última década. In I. Leal. Perspectivas em psicologia da saúde, 114-167. Coimbra: Editora Quarteto

Pereira, A., Motta, E.D., Vaz, A. L., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J., Rodrigues, M., Medeiros, A. E Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: estratégias de intervenção. *Análise Psicológica,* 24 (1), 51-59.

Picken, J. (2012). The coping strategies, adjustment and well being of male inmates in the prison environment. *Internet Journal of Criminology* (online).

Pilgrim, D. (2005). *Key concepts in mental health*. London: Sage Publications.

potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52,*

Psychology Masters Dissertation Conference (2012).*A study on perceived stresse of the university students: Whether reed music affects perceived stresse level* – Deniz Aktan. Anglia Ruskin University. Cambridge e Chelmosford. Reino Unido. Acedido março, 13, 2013,em http://www.anglia.ac.uk/ruskin/en/home/faculties/fst/departments/psychology/psychology_masters.html

Ramos, S. Carvalho, A. (2007) – Nível de stresse e Estratégias de *coping* dos estudantes do 1 ano do ensino Universitário de Coimbra. *Psicologia.com.pt. O Portal dos Psicólogos.* Acedido setembro, 22, 2012, em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf

Redhwan, A. A. N., Sami, A. R., Karim, A. J.; Chan, R. e Zaleha, M. I. (2009). Stresse and *Coping* Strategies among Management and Science University Students: A Qualitative Study. *Internacional Medical Journal,* 8 (2), 11-15.

Rodríguez-López, A. (1997). Prevención en salud mental y antropología cultural. In G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos & T. J. Carrasco Giménez (Eds.), *Psicología preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 97-104). Madrid: Ediciones Pirámide.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human

Ryff (1989), Ruffs six-factor modelo f Psychological well-being,

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

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57* (6), 1069-1081.

Santos, M.L. R. R. (2011). Saúde mental e os comportamentos de risco em estudantes universitários. Tese de Doutoramento - Universidade de Aveiro, Aveiro. Portugal.

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

Seligman, M. E. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *The Psychologist, 16* (3), 126-127.

Seligman, M. E., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60* (5), 410-421.

Serviço de ação social da Universidade de Coimbra e Gabinete de aconselhamento psicopedagógico (2012*)." Plano de Apoio à Transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior – Melhor Adaptação; Mais Resiliência; Mais Sucesso*". SASUC – GAP. Coimbra. Acedido dezembro, 12, 2012, em http://www.uc.pt/sasuc/ServicosApoioEstudantes/GAP/areas_de_intervencao/Investigacao_F/Links_Projetos/1_GAP-SASUC_RelatorioLinha2_PAT.pdf.

Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C. M., Matos, A. P. & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 37* (1), 5-30.

Smith, A. L., Ntoumanis, N., Duda, J. L., & Vansteenkiste, M. (2011). Goal Striving, Coping, and Well-Being: A Prospective Investigation of the Self-Concordance Model in Sport .Journal of Sport & Exercise Psychology, 33, 124-145

Unanlam, D; Celikten, M., Soyuer, F, & Ozturk, A. (2008). Quality of life in Turkish University Students and ists reationsshio to levels of state- trait anxiety. Social Behavior and personality: na international jornal, 36 (3), 417-428. Disponível em http:// www.ingentaconnect. Com/ contenty/ sbp/ sbp/

Universidade da Universidade de Coimbra (2012). FCTU: *Informações úteis*. UC. Coimbra. Acedido outubro, 14, 2012, em: http://www.uc.pt/fctuc/ceip/brochuras

Vailant, G. E. (2003). Mental health. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1373-1384.

Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: o Inventário de Resolução de Problemas. Psiquiatria Clínica, 9, (4), 301-316

Vaz Serra, A. (1999). O stressee na vida de todos os dias. Coimbra: Edição do autor

Vaz Serra, A. (2011). *O Stresse na vida de todos os dias*. 3ª Edição. Coimbra: Dinalivro, Distribuidora Nacional de livros, Lda.

Vaz, M. Leon, A. P. , & Laflamme, L. (2006). Health-reated determinants of perceivel quality of life: A comporison between finst-year university students and their working peers. Work: A journal of prevention, assessment and rehabilitation, 26 (2); 167-177 disponivel em http://www.iospress.metapress.com/content/2

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64* (4), 678-691.

Williams, S. M., Arnold, P. K. e Mills, J. N. (2005). *Coping* with stresse: a survey of Murdoch University veterinary students. Murdoch University. Austráliam. *J Vet Med Educ,* 32(2), 201-12.

ANEXOS I – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Está a ser realizada uma tese de mestrado com o objectivo de avaliar a qualidade de vida, bem-estar e estratégias de coping em estudantes universitários. Para o efeito solicita-se a sua colaboração que se traduzirá no preenchimento deste conjunto de três questionários.

Todas as informações recolhidas serão apenas usadas na presente investigação e são estritamente confidenciais, como previsto pela Lei n.º67/98, de 26 de Outubro.

Agradece-se o seu contributo para esta investigação.

Dados pessoais

A1	**IDADE**	**Anos**

A3	**SEXO**		Masculino
			Feminino

A5	**PROFISSÃO**	

A6.3	**DISTRITO**	

A7	**ESTADO CIVIL**	**Solteiro**
		Casado
		União de facto
		Separado (a)
		Divorciado (a)
		Viúvo (a)

WHOQOl-Bref Escala de Qualidade de Vida

(Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, Manuel João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona, & Tiago Paredes, 2006)

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida

Por favor responda a todas as perguntas. Se não tiver certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expetativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta?

	Nada	**Pouco**	**Raramente**	**Bastante**	**Completamente**
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Deve pôr um ciclo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas duas semanas. Assim, marcaria o número 4, se tivesse recebido apoio, ou o número 1 se nato tivesse tido nenhum apoio dos outros nas últimas duas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente em respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	**Má**	**Nem boa nem má**	**Boa**	**Muito boa**
1 (g1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

		Muito		**Nem satisfeito nem**		**Muito**

		insatisfeito	**Insatisfeito**	**insatisfeito**	**Satisfeito**	**satisfeito**
2 (g4)	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até ponto sentiu certas coisas nas últimas duas semanas

		Muito má	**Má**	**Nem boa nem má**	**Boa**	**Muito boa**
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores físicas o impedem de fazer o que precisa de fazer?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas

		Nada	**Pouco**	**Moderadamente**	**Bastante**	**Completamente**
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar as atividades de lazer?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

		Muito má	**Má**	**Nem boa nem má**	**Boa**	**Muito boa**
15 **(F1.4)**	Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar a si próprio)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se sentiu-se bem ou satisfeito em relação aos vários aspetos da vida nas últimas duas semanas.

		Muito insatisfeito	**Insatisfeito**	**Nem satisfeito nem insatisfeito**	**Satisfeito**	**Muito satisfeito**
		1	**2**	**3**	**4**	**5**
16 (F3.3)	Até ponto está satisfeito com o seu sono?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito com as sus relações pessoais?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24	Até que ponto está satisfeito como acesso que tem aos	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

(F19.3)	serviços de saúde?					
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

		Nunca	**Poucas vezes**	**Algumas vezes**	**Frequentemente**	**Sempre**
26 (F8.1)	Com que frequência tem pensamentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Questionário de Estratégias de Coping (Pais Ribeiro e A.P. Rodrigues, 2001)

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior stresse que experienciou recentemente, na sua vida académica. Por situação «stresseante» entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiada pelo facto de aquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stresse. Pensando na forma como lidou com a situação de stresse que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

0 – Nunca usei

1 – Usei de alguma forma

2 – Usei algumas vezes

3 – Usei muitas vezes

1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo	0	1	2	3
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0	1	2	3
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	0	1	2	3
4	Falei com alguém para saber mais da situação	0	1	2	3
5	Critiquei-me e analisei-me a mim própria	0	1	2	3
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de qualquer forma	0	1	2	3
7	Esperei que acontecesse um milagre	0	1	2	3
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
9	Tentei guardar para mim própria o que estava a sentir	0	1	2	3
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	0	1	2	3
11	Exprimi a minha zanga à (s) pessoa (s) que me causou (aram) o problema	0	1	2	3

12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	0	1	2	3
13	Eu estava inspirada em fazer algo criativo	0	1	2	3
14	Tentei esquecer tudo	0	1	2	3
15	Procurei ajuda de um profissional	0	1	2	3
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	1	2	3
17	Pedi desculpa ou fiz algo para recompor a situação	0	1	2	3
18	Construi um plano de ação e segui-o	0	1	2	3
19	Consegui mostrar o que sentia	0	1	2	3
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	0	1	2	3
21	Saí desta experiencia melhor do que estava antes	0	1	2	3
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	1	2	3
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas, ou medicamentos	0	1	2	3
24	Fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
25	Tentei não agir tão depressa nem seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
26	Encontrei nova esperança	0	1	2	3
27	Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0	1	2	3

0 – Nunca usei

1 – Usei de alguma forma

2 – Usei algumas vezes

3 – Usei muitas vezes

30	Não deixei que a situação me afeta-se e recusei a pensar demasiado no assunto	0	1	2	3
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	0	1	2	3
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	0	1	2	3

33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a serio	0	1	2	3
34	Falei com alguém sobre a forma como me sentia	0	1	2	3
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	1	2	3
36	Passei o problema para os outros	0	1	2	3
37	Aproveitei as minhas experiencias passadas, já estive envolvida em situações semelhantes	0	1	2	3
38	Eu sabia que o devia ter feito por isso redobrei os meus esforços pra que as coisas corressem bem	0	1	2	3
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0	1	2	3
40	Prometi a mim própria que para a próxima as coisas seriam diferentes	0	1	2	3
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	0	1	2	3
43	Mudei alguma coisa em mim própria	0	1	2	3
44	Desejei que a situação desaparecesse ou de alguma forma terminasse	0	1	2	3
45	Desejei que as coisas voltassem atras	0	1	2	3
46	Rezei	0	1	2	3
47	Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer	0	1	2	3
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	0	1	2	3

Escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico em estudantes universitários (Sara Monteiro, José Tavares, Anabela Pereira, 2006)

Instruções: Por favor responda a cada uma das seguintes afirmações de acordo com a escala fornecida.

DURANTE O ÚLTIMO MÊS

	Nunca	**Rara/**	**Algumas vezes**	**Frequente/**	**Quase sempre**
1 – Senti-me confiante	1	2	3	4	5
2 - Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam	1	2	3	4	5
3 - Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio	1	2	3	4	5
4 – Senti-me útil	1	2	3	4	5
5 - Senti-me emocionalmente equilibrado	1	2	3	4	5
6 - Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias	1	2	3	4	5
7 - Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos.	1	2	3	4	5
8 - A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas atividades familiares, pessoais e académicas.	1	2	3	4	5
9 – Tive objetivos e emoções	1	2	3	4	5
10 – Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas	1	2	3	4	5
11 – Envolvi-me em vários projetos	1	2	3	4	5
12 - Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas atividades e passatempos preferidos.	1	2	3	4	5
13 – Ri-me com facilidade	1	2	3	4	5
14 - Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente	1	2	3	4	5
15 - Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos.	1	2	3	4	5
16 - Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5
17 - Estive capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva.	1	2	3	4	5
	Nunca	**Rara/**	**Algumas vezes**	**Frequente/**	**Quase sempre**

18 - Perante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza.	1	2	3	4	5
19 - Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações.	1	2	3	4	5
20 – Estive bastante calmo	1	2	3	4	5
21 - Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo	1	2	3	4	5
22 - Senti-me bem, em paz comigo próprio	1	2	3	4	5
23 - Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela.	1	2	3	4	5
24 - A minha moral esteve boa.	1	2	3	4	5
25 - Senti-me saudável e em boa forma	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO