

MARTA SUSANA PERICÃO PARDELHA DA CRUZ

**COPING E SAÚDE MENTAL NOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS:
OS ALUNOS FINALISTAS DO GRUPO LUSÓFONA**

Orientador: Nuno Colaço

**UNIVERSIDADE LUSOFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS
Faculdade de Psicologia**

**Lisboa
2012**

MARTA SUSANA PERIÇÃO PARDELHA DA CRUZ

**COPING E SAÚDE MENTAL NOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS:
OS ALUNOS FINALISTAS DO GRUPO LUSÓFONA**

Dissertação apresentada para a
obtenção do grau de Mestre em
Psicologia, Aconselhamento e
Psicoterapias,
no curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e
Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutor Nuno Colaço

**UNIVERSIDADE LUSOFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS
Faculdade de Psicologia**

**Lisboa
2012**

Agradecimentos

A conclusão do Mestrado significa para mim, o fim de anos persistência em terminar os estudos. Tenho agora a possibilidade de trazer alguma esperança, de ser um sopro, uma luz na vida de outras pessoas. Sou sem dúvida uma pessoa muito mais rica. Para a realização deste projeto contribuíram pessoas que eu não posso deixar de fazer menção.

Ao meu Orientador, o Professor Doutor Nuno Colaço. Sem dúvida uma referência no meu percurso académico e para o meu presente/futuro como profissional na área. O meu mentor e alguém por quem nutro enorme admiração. Pela sua sabedoria, pela partilha dos seus conhecimentos, dos seus sonhos e experiência de uma vida de Psicólogo, pela sua paciência, sensibilidade e incentivo, pela transmissão de esperança e por acreditar em mim muito obrigada.

Obrigada a todos os que participaram no estudo. Aos meus pacientes, os que passaram por mim na UHDC e no HCC, o meu coração está e estará convosco.

Ao meu marido Francisco, pela paciência e carinho quando chorava de tão cansada, pelo orgulho que demonstrou por mim e porque desejou e acreditou verdadeiramente que eu merecia melhor na vida. Por último, a minha filha Sara que apareceu como semente em Agosto 2011, acompanhou-me durante toda a fase do estágio, sentindo tudo o que eu sentia, o que me deu forças para acabar mesmo grávida e sempre com um sorriso pois sentia a minha filha comigo e que entretanto nasceu, a luz da minha vida.

Resumo

Pretende-se com o presente trabalho de investigação explorar as estratégias de Coping e a Saúde Mental nos Estudantes Universitários, procurando saber se o stresse e ansiedade estarão associados ao tipo de estratégias cognitivas usadas para fazerem face aos mesmos. Para tal participaram 100 alunos finalistas que fazem parte do grupo Lusófona, com idades compreendidas entre os 20 e os 51 anos e uma idade média de 32,27 anos ($DP = 8,26$). Os resultados revelaram uma associação negativa entre o stresse e a resolução planeada no problema, sendo que quanto mais baixo os níveis de stresse maior capacidade de resolução planeada no problema. Os resultados revelaram níveis mais elevados de stresse e ansiedade no sexo feminino.

Palavras-Chave: Coping, Stresse, Ansiedade Estudantes Universitários.

Abstract:

The intention of this research work exploring the Coping Strategies and Mental Health in College Students, seeking to know if stress and anxiety are associated with the type of cognitive strategies used to cope with them. For that 100 students participated finalists who are part of the Lusophone group, aged between 20 and 51 years and an average age of 32.27 years ($SD = 8.26$). The results showed a negative association between stress and the planned resolution problem, and the lower levels of stress higher resolution capability planned in trouble. The results showed higher levels of stress and anxiety in females.

Key Words: Coping, Stress, Anxiety, College Students.

Índice Geral

Introdução.....	8
Capítulo 1- Coping.....	10
Capítulo 2 - Saúde Mental.....	14
2.1 Stresse.....	16
2.2 Ansiedade.....	21
Capítulo 3 - Alunos Universitários, Coping e Saúde Mental.....	25
Capítulo 4 - Metodologia.....	29
4.1 Participantes.....	29
4.2 Instrumentos.....	30
4.3 Procedimento.....	33
Capítulo 5 – Resultados.....	34
Capítulo 6 - Discussão.....	37
Conclusão.....	39
Referencias Bibliográficas.....	41

Anexos.....	I
Anexo 1 – Consentimento Informado.....	II
Anexo 2 – Questionário Socio-Demográfico.....	III
Anexo 3 – Questionário de Estratégias de Coping.....	IV
Anexo 4 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (Dass).....	V
Anexo 5 – Pedido de Autorização de aplicação da escala.....	VI

Introdução

Segundo a teoria de motivação de Maslow (1943), todo o ser humano tem necessidade de auto-realização e para isso, procura desenvolver o seu potencial máximo. Segundo o autor essa necessidade de realização é composta por uma hierarquia, tendo em primeiro lugar as necessidades básicas ou fisiológicas, como a fome, a sede e o sono. Ora estas necessidades básicas devem ser satisfeitas para a própria sobrevivência da pessoa. De seguida temos a necessidade de segurança, dela faz parte a proteção e a estabilidade, as necessidades sociais envolvem a família, a amizade e a intimidade, a necessidade de estima, abarca conceitos como o respeito, o êxito e o prestígio. Realizando-se as necessidades de primeira ordem, a pessoa pode focar-se e ir a conquista da auto-realização, de ir mais longe no percurso de vida. A universidade é um exemplo da procura do individuo pela sua auto-realização pois emerge a necessidade de alcançar objetivos pessoais, culturais e sociais (Chafey & Santiago, 2008).

Ao mesmo tempo que o ingresso a universidade por um lado é significado de auto-realização, por outro e segundo alguns estudos realizados, é visto como ameaçador e como sendo o causador de problemas de saúde mental nos estudantes universitários. Isto é verificado devido ao aumento do número de estudantes que apresentam perturbações relacionadas com a saúde mental, resultando na procura de aconselhamento psicológico (Bishop, 2006; Erdur-Baker et al, 2006; Kitzrow, 2003).

Segundo Neves e Ribeiro (2000), o estado de saúde provém da percepção que o individuo tem face as variáveis psicológicas e ambientais. São, pois, estas duas variáveis, as responsáveis pela capacidade do individuo em fazer, ou não, face a acontecimentos stressantes. A primeira variável, a psicológica, interfere ao nível dos comportamentos, sendo passível de moderar ou potenciar o impacto causado pela variável ambiental, como a avaliação dos fatores geradores de stresse. A variável ambiental, é susceptível de gerar tensão e provocar doenças (Neves & Pais- Ribeiro, 2000).

O impacto que o ingresso a universidade tem na vida da pessoa difere em função do contexto e de pessoa para pessoa (Santos & Almeida, 2002). É necessário neste processo e para uma melhor adaptação do aluno, a qualidade da interação com os colegas, a rede de apoios afetivos, os laços familiares e a intenção de permanecer no curso (Machado & Almeida, 2000),

As alterações nos padrões físicos e psicológicos dos estudantes, acarretam um conjunto de mudanças quer a nível cognitivo, quer a nível social. Como alunos universitários, há um conjunto de pressões e exigências que alteram a forma de viver do estudante. Também

a capacidade de gerir recursos e tempo desenvolve-se com a entrada no ensino superior (Andrews & Wilding, 2004).

O confronto com o ensino superior é considerado como uma ruptura com a continuidade. Na maior parte dos casos é a primeira saída de casa para o início do que virá a ser a sua vida independente. Esta mudança leva a uma necessidade de criação de mecanismos de adaptação a nível físico, social, emocional ou académico. Considerando o indivíduo como um ser holístico e único, torna-se essencial considerar todo o envolvimento cultural, étnico e social da pessoa para avaliar os mecanismos de adaptação, de forma a concluir se o comportamento demonstrado é inadequado, aceitável ou apropriado. A pessoa, quando exposta a determinado elemento stressor, pode sentir limitações ou incapacidades relativamente ao seu funcionamento social, ocupacional ou académico.

Neste sentido e com o objetivo de procurar saber se os níveis de stresse e ansiedade estão associados às estratégias de coping utilizadas, para fazer face a estes elementos, foi desenvolvido o presente estudo em estudantes universitários na procura de resultados sobre estas variáveis.

A exposição do estudo é levada a cabo da seguinte forma:

No primeiro, segundo e terceiro capítulo, abordam-se os conceitos de coping, saúde mental e alunos. O quarto capítulo, abordaremos os participantes, as medidas, a amostra e todo o procedimento da investigação. No quinto e no sexto capítulo, foram expostos os resultados estatísticos obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim procedeu-se a conclusão do trabalho.

As normas utilizadas para citações e referenciação bibliográfica, foram as definidas pela American Psychological Association (APA) adaptadas pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

CAPITULO 1 – COPING

O indivíduo ao ser confrontado com acontecimentos de vida avaliados pelo mesmo como sendo perturbadora ou ameaçadora, o seu organismo reage de forma a gerir esses mesmos acontecimentos e ajustar-se a eles (Bishop,1994).

Um acontecimento é percebido pelo indivíduo como ameaçadora e perturbadora, a partir da percepção que o próprio faz do acontecimento em função do significado que ele tem para si. Dado cada individuo ser único, um acontecimento pode ser percepcionado por um individuo como ameaçador e para outro pode ser indiferente existindo uma grande variabilidade entre os acontecimentos indutores de stresse e a vulnerabilidade (Lazarus & Folkman,1984).

Coping é o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo indivíduo a fim de conseguir ultrapassar e lidar com as exigências internas e externas da sua relação com o meio ambiente avaliadas como excessivas, e as reacções emocionais causadas por essas exigências. Estas estratégias cognitivas e comportamentais relacionam-se com a saúde mental, uma vez que podem moderar o impacto dos acontecimentos de vida, aumentando os níveis de bem-estar psicológico e reduzindo o sofrimento (Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias de coping são eficazes quando servem ao propósito da pessoa de reduzir a tensão ocasionada pelo evento stressante, de forma a conseguir adaptar-se à situação. Uma estratégia particular pode ser adaptativa numa situação, mas noutra pode não funcionar da mesma forma (Vinay, Esparbés-Pistre & Tap, 2000).

O conceito coping foi algumas vezes confundido com o termo “defesa”, termo empregado para explicar os mecanismos de adaptação do individuo (in Graziani & Swendsen, 2007). A Psicologia do Eu avalia este conceito como sendo um sistema de defesa primário e inconsciente. Segundo Freud (1933) a forma de pensar seria ampla, estável, repetitiva e estereotipada, tal como a capacidade para fazer frente e resistir as exigências individuo/meio. Neste caso, cada patologia está relacionada a um estilo individual de defesa. Segundo esta abordagem as estratégias de coping são consideradas como mecanismos de defesa adaptativos ou maduros inconscientes, avaliados por observações clinicas, técnicas projetivas ou questões abertas. Ou seja, os mecanismos de defesa do Eu são operações mentais, inconscientes com a missão de reduzir ou mesmo anular o perigo de ansiedade e manter a integridade do indivíduo assim como assegurar a homeostasia psíquica e física (Graziani & Swendsen, 2007).

No presente trabalho, o termo “defesas” é visto como tentativas para reduzir os aspetos cognitivos, afetivos, fisiológicos e comportamentais dos estados negativos presentes no elemento stressante. Foi Lazarus (1984), quem acabou por integrar defesas no seu modelo transacional do stress, sendo consideradas uma forma de coping inconsciente com a finalidade de diminuir o perigo.

São muitas as definições de coping, Lazarus e Folkman (1984) sugerem a seguinte definição: *“O coping refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais do sujeito, variáveis e instáveis, para organizar (reduzir, minimizar, controlar, dominar ou tolerar) a exigência interna ou externa (e o conflito entre ambos), feita pela transação sujeito-meio ambiente, e avaliado como excedendo os seus próprios recursos.”*

Snyder e Dinnoff (1999) afirmam que estratégias de coping são as respostas dadas pelo indivíduo com o objetivo de reduzir a carga física, emocional e psicológica, provocados pela situação stressante. A eficácia das mesmas é verificada na capacidade destas em diminuir ou não o acontecimento stressante (in Serra, 1999).

Rhenen e colaboradores (2008), refere que o coping funciona como um comportamento motivado pelas necessidades ambientais e é caracterizado por ser uma resposta individual da pessoa a situação stressante. A maneira como a pessoa lida no seu dia-a-dia, está diretamente relacionado com a forma como percebe o elemento stressor, a médio e a longo prazo (Carver & Corner-Smith, 2010; Rhenen et al., 2008).

A pessoa tem a plena capacidade para desenvolver um conjunto de determinados processos adaptativos, a fim de afastar o insucesso, reformular desafios e alterar experiências que envolvam stress, quer em crescimento psicológico, quer em maturidade. A forma como o indivíduo percebe e reage a situação stressante é que vai mostrar quais os aspetos que são mais ou menos adaptativos. Todas as pessoas têm a capacidade de desenvolver um conjunto de processos adaptativos que permitem afastar os insucessos, reformular desafios e pegar em elementos considerados stressores, para os transformar em experiências que conduzem ao crescimento psicológico. As estratégias de coping são o mecanismo que descreve estes processos adaptativos da pessoa (Skinner, 2006). O processo de coping é considerado o elemento chave a fim de que haja entendimento sobre como a pessoa responde e lida com os elementos stressores no diariamente (Serra, 1999).

Coping funciona para a pessoa como um elemento estabilizador, que permiti uma melhor adaptação psicossocial perante os elementos stressantes (Costa & Leal, 2004). Dentro das estratégias de coping, ainda podemos considerar o bom e o mau coping, sendo que o que

serve para uma situação a curto prazo, a longo prazo pode se tornar contraproducente. Esta avaliação é feita mediante a acomodação as necessidades contingentes e intrapsíquicas da interação a que é preciso adaptar-se (in Graziani e Swendsen, 2007).

Existem dois tipos de coping que se evidenciavam dos outros, o coping centrado no problema onde o individuo é compelido a reagir perante a fonte de stresse, ou seja desenvolver diretamente mudanças na situação que originou o stresse. Pretende-se aqui criar recursos alternativos, fazer a avaliação adequada custo/benefício e daqui retirar a mais benéfica a fim de utiliza-la face ao elemento stressor. O Segundo, o coping centrado na emoção, visa a organização, redução e regulação das emoções que foram anteriormente despertadas pelo stressor. Está relacionada com os estados emocionais e diz respeito ao esforço exercido pelo individuo a fim de regular as suas emoções face ao elemento stressor (Billing & Moos, 1984; Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus, 2006; Rosa, 2008; Serra, 1999; Folkman & Moskowitz, 2004).

Segundo os autores Carver (1989), a utilização de coping focado na emoção é mais frequente nas situações em que o individuo vê e avalia a situação causadora de stresse como sendo persistente. À medida que o elemento stressor é mais intenso, mais a estratégia de coping focado nas emoções é utilizada (Serra, 1999). Os autores Dorothy e Cotton (in Serra, 1999) referem ainda que estas estratégias são mais utilizadas pelos elementos femininos.

Beck (1985), referem que no que toca as emoções, elas são vivenciadas consoante a forma como os acontecimentos são percebidos e avaliados. Segundo esta afirmação, importa o significado de um acontecimento e não o acontecimento propriamente dito. Tem a ver com o contexto onde se dá, com as experiencias pessoais passadas e com a própria interpretação realizada. O mesmo acontecimento pode desencadear emoções diferentes em pessoas diferentes, mesmo na própria pessoa as emoções podem variar nas diferentes ocasiões (Salkovskis, 1996).

O papel das emoções na vida do individuo é deveras importante. Tanto as emoções positivas, como as negativas estão presentes em todas ações do ser humano. Segundo Lazarus (2000), são as emoções negativas a terem um impacto mais elevado na adaptação e no bem-estar psicológico do que as emoções positivas.

Lazarus e Lazarus (1994), refere que as emoções são como reações complexas que abarcam quer a mente, quer o corpo da pessoa. Destas reações fazem parte um estado mental subjetivo, como o sentimento de raiva, ansiedade; um impulso para agir, como fugir ou atacar,

e mudanças no corpo, como o ritmo cardíaco acelerado ou pressão arterial elevada. Algumas destas mudanças corporais verificadas, preparam para ações de confronto.

Uma análise da literatura permite identificar três componentes das emoções: a) mudanças fisiológicas; b) tendência para a ação e c) experiências subjetivas (Hastie, 2001; Lazarus, 1991; C. A. Smith & Pope, 1992).

As mudanças fisiológicas, enquanto componentes das emoções, preparam a pessoa para lidar com as exigências adaptativas. Assim, cada emoção parece possuir o seu próprio padrão de mudança fisiológica, que pode incluir mudanças no sistema nervoso autónomo (ex: aumento do batimento cardíaco, pressão arterial), na atividade cerebral e secreções hormonais (Levenson, Ekman & Friesen, 1990).

Oatley (1992), refere que a tendência para a ação representa o elemento central ou núcleo de uma emoção.

As emoções podem modificar a atenção e o pensamento do indivíduo, podendo inclusive pré-determinar o seu comportamento, isto do ponto de vista psicológico. No que respeita ao foro fisiológico, existe a capacidade de estruturação mais rápida das respostas dos sistemas biológicos distintos, da expressão facial, do tónus muscular e da voz, a fim de se alcançar uma resposta segura (Serra, 1999).

A emoção e o coping, um afeta o outro. Esta ligação, por sua vez determina a relação pessoa, meio ambiente. Temos, neste caso, o coping como mediador da resposta emocional (Graziani & Swendsen, 2007). Segundo Folkman e Lazarus (1988), o coping contribui para a alteração das emoções: a) pela atividade cognitiva, que vai influenciar o desempenho da atenção, b) pela atividade cognitiva, que altera o próprio significado subjetivo e através de ações que alteram a relação indivíduo/ambiente (in Graziani & Swendsen, 2007).

Segundo o autor Lazarus (2000, 2006), o stresse e o coping estão ligados. O coping emerge como um recurso da emoção e relacionado com este processo temos as ocorrências que desencadeiam o stresse e as emoções (Lazarus, 2000, 2006). Mas a ansiedade também está aqui muito presente, pois as pessoas ansiosas suportam com maior dificuldade os acontecimentos stressantes. Pessoas ansiosas e mais vulneráveis psicologicamente têm mais dificuldade em estabelecer estratégias de coping que os indivíduos que não apresentem perturbação face a acontecimentos prolongados e repetitivos. No caso de pessoas ansiosas o coping utilizado é centrado na emoção, dado aumentarem a ameaça percebida (in Graziani & Swendsen, 2007).

CAPITULO 2 - SAÚDE MENTAL

A Organização Mundial de Saúde define saúde mental como sendo uma condição de bem-estar geral, em que a pessoa consegue realizar as suas capacidades, fazer face aos acontecimentos stressantes do dia-a-dia e trabalhar de forma produtiva ao mesmo tempo que contribui para a comunidade onde está inserido (OMS, 1998). Saúde mental envolve o indivíduo de uma forma biopsicossocial. Resulta da interação entre a pessoa e o seu meio interno, o externo, as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares, ou seja, os seus vários ecossistemas (Brundtland, 2001).

Existe, atualmente, a compreensão de que a falta ou o défice de saúde mental estará associada a fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais, assim como existe uma relação direta entre saúde mental e física, sendo que uma influencia a outra. Por exemplo estados afetivos angustiados e deprimidos vão desencadear varias mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário e criam uma susceptibilidade maior a toda uma série de doenças físicas (Brundtland, 2001). Outro exemplo é o comportamento saudável como praticar atividades e ter um regime alimentar adequado. A atenção de um indivíduo sobre o seu bem-estar físico depende muito da sua saúde mental. Alguns jovens com transtornos psiquiátricos, como a depressão, a perturbação da ansiedade e stresse, têm mais probabilidades de abuso de substâncias, de se tornarem fumadores ou mesmo ter um comportamento sexual de alto risco (Brundtland, 2001).

Os fatores psicológicos do indivíduo também estão relacionados com o desenvolvimento de transtornos mentais. Por exemplo, as relações de uma criança com seus pais têm caráter crítico. Uma criança privada de afeto seja por qual for o motivo, tem mais probabilidades de sofrer transtornos de comportamento, quer na infância, quer na adolescência ou mesmo na idade adulta. Fatores sociais como a urbanização descontrolada, a pobreza e o rápido avanço tecnológico, também são de extrema importância para a saúde mental (Brundtland, 2001).

A própria vida real, o dia-a-dia do ser humano, também é cheio de obstáculos para muitas pessoas. São problemas comuns como o isolamento, a falta de transporte e comunicações, as limitadas oportunidades educacionais devido a fatores económicas e o próprio fator económico. Para além disto, o apoio social existente, tende a concentrar os seus recursos nas grandes áreas metropolitanas, deixando limitadas as opções para os habitantes rurais que necessitam de atenção em saúde mental (Brundtland, 2001).

Os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade atual colocam-na em maior risco de transtornos mentais e comportamentais do que outras pessoas na comunidade. São elas que têm a responsabilidade hoje em dia de serem mães, educadoras, esposas, ao mesmo tempo que se transformam numa parte cada vez mais essencial da mão-de-obra, constituindo, em um quarto a um terço das famílias, a principal fonte de renda. Para além de toda esta pressão, também elas fazem face a significativa discriminação sexual no trabalho, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual. Assim, não surpreende, ter-se verificado estatisticamente que as mulheres tenham maior probabilidade do que os homens de receber prescrição de psicotrópicos, assim como na depressão haver índices mais elevados no sexo feminino (Brundtland, 2001).

Também o racismo levanta questões importantes no contexto das preocupações sobre saúde mental, na medida em que pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas já demonstraram que o racismo está relacionado com a perpetuação de problemas mentais. Pessoas que são alvos de racismo por muito tempo têm maior risco de apresentar problemas mentais ou sofrer agravamento de problemas que já existem (Brundtland, 2001).

Profissionais de saúde que estudavam a relação entre racismo e saúde mental em sociedades onde o racismo é prevalente observaram, por exemplo, que o racismo pode acentuar a depressão (Williams & Williams-Morris, 2000).

Durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança no paradigma da atenção em saúde mental, isto devido a três fatores independentes. Primeiro, progresso significativo na psicofarmacologia e o desenvolvimento de novas formas de intervenções psicossociais. Segundo, o movimento dos direitos humanos vinha a transformar-se num fenómeno internacional com a recém-criada Organização das Nações Unidas, e a democracia acusou avanços em todo o mundo. Em terceiro e último lugar, foi incorporado um elemento mental no conceito de saúde definido pela recém-criada OMS.

Segundo a OMS (2001) O tema saúde mental foi negligenciado por demasiado tempo, sendo essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada como algo de extrema importância (OMS, 2001).

Em 2001 a Assembleia Mundial da Saúde reuniu-se a fim de discutir a saúde mental em todas as suas dimensões. Através de estudos realizados pela OMS chegou-se a conclusão que atualmente cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados com o abuso do

álcool e das drogas. Verificou-se ainda que muitas pessoas acabam por sofrer em silêncio, leva-as a isso as fronteiras da estigmatização a vergonha e a exclusão (Brundtland, 2001).

Dentro da saúde mental, identificamos também a depressão grave como principal causa de incapacitação em todo o mundo e encontra-se em quarto lugar entre as dez principais causas de psicopatologia. Em todo o mundo, 70 milhões de pessoas sofrem dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se (Brundtland, 2001). Graças a imensos estudos realizados sobre saúde mental sabemos hoje que os transtornos mentais resultam de muitos fatores e têm a sua base física no cérebro. Podem afetar qualquer pessoa mas que também pode ser tratado eficazmente (Brundtland, 2001).

Vários estudos demonstram duas dimensões da saúde mental, são eles o bem-estar psicológico e o distress psicológico. O primeiro representa o estado de saúde mental positivo, o segundo fala do estado de saúde mental negativo (Pais-Ribeiro, 2000).

Vários autores vêm referir que as consequências manifestadas a nível físico, emocional, cognitivo e académico são derivados de problemas demonstrados de saúde mental (Andrews & Wilding, 2004; Vaez & Laflamme, 2008).

A nível da saúde mental os estados emocionais mais registados são a depressão, stresse e ansiedade. Neste trabalho serão abordados apenas os dois últimos.

2.1 Stresse

Stresse é, na vida quotidiana um conceito muito utilizado por diversos fatores. São eles: o ambiente no local de trabalho, os processos de motivação, a competição exacerbada, factores como a qualidade física do meio, a aceleração dos ritmos quotidianos e o tempo disponível de cada um, concorrer a empregos, a competição pelo poder, dinheiro e posição, a vida escolar e dentro dela a realização de testes e exames (Taché, 1978). As próprias crenças religiosas são motivadoras de stresse pois podem influenciar a avaliação que o individuo faz do acontecimento stressante (Graziani & Swendsen, 2007)

A condição de vida atualmente, também leva a uma necessidade de capacidade de resposta, exigida até ao limite e em que os próprios desafios se tornam ameaças gerando um sentimento difuso ligado a palavra stresse (Parreira, 2006; Graziani & Swendsen, 2007).

O stresse é associado a um conjunto de incapacidades e sintomas, tais como: insónias, acidentes de trabalho, fraco desempenho, erros de execução, sobrecarga e sintomas depressivos, morte prematura e comportamentos de risco entre outros (Parques, 1998; Vagg &

Spielberger, 1998; Brown & Siegel, 1988; Davidson & Neale, 1995; Stein & Nyamathi, 1999).

O conceito de Stresse abrange alterações bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas. Trata-se no fundo de uma relação entre as pessoas e o meio ambiente, uma interação entre o stressor e o sofrimento (Parreira, 2006; Silva, 2006; Ogden, 2004). Mas o que é gerador de stresse para alguns, não o é para outros pois a relação do individuo com o ambiente é baseada em fatores como as experiencias pessoais, os valores, as crenças e na própria visão que o individuo tem do mundo (Lazarus, 2000). Segundo os autores Lazarus & Folkman (1984), a situação que o individuo experiencia pode não ser indutora de stresse, mas sim a forma como o individuo a interpreta (Serra, 1999).

Tem sido longa a investigação feita sobre o stresse e executada com grande entusiasmo a fim de se perceber, explicar e poder finalmente controlar os seus efeitos nocivos no ser humano. Mas não se pense que apenas tem efeitos negativos pois o aspeto positivo é o de garantir o estímulo necessário para reagir perante um sinal de alarme ou mesmo provocar respostas físicas e comportamentais a fim de se dar a boa adaptação a um novo contexto. Mas foram os seus efeitos positivos mas sim os negativos que chamaram mais atenção para o seu estudo e investigação (Graziani & Swendsen, 2007). Isto acontece porque os stressores têm um papel importante na manutenção das perturbações somáticas e no campo da psicopatologia como um dos fatores causais (Lazarus & Folkman, 1984; Mazure & Druss, 1995).

Em relação ao estado de saúde mental, verificou-se que 80% dos indivíduos que vão ao médico, fazem-no por perturbações associadas ao stresse como depressão, ansiedade, fobias, agressividade, dependências, dores de cabeça, cansaço crónico, asma, insónia, hipertensão, problemas intestinais e outras síndromes (Barlow, 1985; Paulhan & Bourgeois, 1995).

Para fazer frente ao stresse cada um de nos desenvolve estratégias de coping que nos ajuda a compreender o agente stressor e a perceber que temos margem de manobra para lidarmos e adaptarmo-nos a ele (Larousse, 2008).

É importante a informação sobre os mecanismos através dos quais o stresse atua no individuo, isto seve para obter um bom resultado tanto no seu tratamento, como na sua prevenção. Para isso é importante conhecer os modelos teóricos que abordam o stresse no individuo, é importante conhecer os seus efeitos diretos e indiretos no contexto fisiológicos, emocional, comportamental e cognitivo (Graziani & Swendsen, 2007).

Os modelos fisiológicos falam das reações que o organismo tem perante uma situação stressante. O stress aqui é visto como a mobilização dos diversos sistemas fisiológicos de defesa que faz com que o corpo se proteja ou reaja face a situação stressante. Por exemplo o modelo de Chrousos e Gold (in Graziani e Swendsen, 2007), defende que um individuo com hiperatividade do sistema regulador de stress como o início para várias patologias, e que o mesmo elemento stressor não tem o mesmo impacto em indivíduos diferentes. Dimensões como os traços de personalidade, vieses nos processos de processamento de informação, stress percebido, dimensões psicológicas e sociais são validadas para explicar a variabilidade da resposta fisiológica e psicológica aos elementos stressantes. Os modelos transacionais falam do individuo como um jogador ativo, na interação entre as dimensões biológico, psicológico e social através das suas próprias escolhas, emoções e comportamentos (Graziani & Swendsen, 2007).

Comecemos pela teoria biológica com os trabalhos de Selye e Cannon (in Graziani e Swendsen, 2007), orientados para a reação fisiológica face a um elemento stressor. Quem iniciou foi Cannon (1928, 1935). O modelo de Cannon (in Graziani e Swendsen, 2007), designado por modelo de luta ou fuga sugeriam que as ameaças externas suscitavam a resposta de luta ou fuga. Por outras palavras as mudanças fisiológicas que se dão no individuo perante o agente stressor, permitem ao individuo escapar a fonte de stress ou enfrentá-la. Para o autor, o stress funciona como uma resposta acionada através de uma solicitação excessiva ao mesmo tempo que permite a adaptação, mantendo o equilíbrio de base do organismo (Ogden, 2004; Graziani & Swendsen, 2007; Malagris & Fiorito, 2006; Rosa, 2008).

Selye desenvolveu em 1956 a síndrome geral de adaptação e fala de três fases do processo em que se dá o stress: a fase de alarme, o choque, em que se dá um aumento de actividade, logo a mobilização para enfrentar o elemento stressor ou seja o contra-choque. A fase da resistência, neste caso resistência ao elemento stressor desenvolvendo estratégias de coping para fazer face ao estado de alarme, esta fase prolonga e acentua o contra-choque. Caso a pessoa não alcance o equilíbrio na fase anterior dá-se a fase de exaustão em que o individuo passou repetidamente por uma situação de stress tão forte e prolongado ao ponto de o tornar incapaz de resistir, a adaptação pode desaparecer, conduzindo ao reaparecimento agravado de sintomas ocorridos na reação de alerta (Ogden, 2004; Graziani & Swendsen, 2007; Malagris & Fiorito, 2006; Rosa 2008).

Uma agressão não se limita a expressão emocional, ou seja a agressão interna ou externa não provoca reação apenas no foro psíquico, mas também a nível do corpo físico, sendo responsável por alterações orgânicas (Graziani & Swendsen, 2007).

Existiram críticas ao modelo de Selye (in Graziani e Swendsen, 2007), são no sentido de o autor não ter em conta os fatores psicológicos na reação ao elemento stressor e também na resposta stressante não haver um carácter específico. Selye (1936), concentra-se apenas nas respostas orgânicas e fisiológicas do individuo para fazer face a acontecimentos stressantes. O autor ao fazer a generalização dos resultados dos seus estudos sobre o stress animal ao ser humano, torna-se susceptível de crítica e redutora tendo em conta as variações psicológicas (Serra, 1999; Graziani & Swendsen, 2007; Rosa, 2008).

A teoria cognitiva do stress foca a sua atenção no papel dos pensamentos, nas atribuições específicas, ou nos processos cognitivos que as influenciam. Dentre as várias teorias existentes, falemos da teoria cognitiva de Beck (1984). Este autor começa por retomar o modelo interacional de Lazarus e o modelo das construções pessoais de Kelly. Beck (1984), afirma que uma transação stressante é pois o resultado de um processo ativo e contínuo, que inclui análises, interpretações e avaliações feitas ao fator externo, dos riscos, dos custos e das vantagens de uma determinada resposta. Existe segundo o autor um efeito nocivo caso seja interpretado dessa mesma forma pelo individuo. Em função da interpretação do estímulo feita pelo individuo, o mesmo é mobilizado para colocar em prática um determinado comportamento, a isto dá-se o nome de “inclinação comportamental”. Sempre que o individuo for mobilizado para agir perante a situação stressante, passa pela experiencia de uma resposta afetiva e é a mobilização do individuo para a ação é fulcral para a compreensão das reações do ser humano ao stress (in Graziani & Swendsen, 2007).

Beck (1984), criou um método de análise e interpretação dos estímulos que assenta em estruturas organizadas a que deu o nome de “esquemas”. Os esquemas são representações não específicas mas organizadas da experiencia anterior que vem facilitar o reforço mnésico e ao mesmo tempo dar origem a novas construções mentais e distorções sistemáticas. No seu modelo cognitivo existem vários esquemas que envolvem um tratamento dos estímulos, dos processos cognitivos específicos e uma particular estruturação das informações. Beck (in Graziani e Swendsen, 2007), afirma que quando se dá um acontecimento exterior, são postos em marcha esquemas cognitivos específicos e aqui incluem-se estratégias de coping e são estes que vão classificar, interpretar, avaliar e dar significado ao acontecimento. A

interpretação feita sobre o elemento stressor é uma interação entre esse mesmo elemento e os esquemas cognitivos do individuo (Graziani & Swendsen, 2007).

Os modelos transacionais centram-se nos fatores que expliquem a variabilidade da transação stressante numa optica interativa/interacional. O modelo transacional do stresse de Lazarus e Folkman (1978) tem como principal foco a forma como o individuo percebe a situação stressante, ou seja como percebe o stresse e como analisa a sua capacidade em enfrentar o acontecimento stressante, ao mesmo tempo que organiza estratégias de coping para fazer face ao mesmo. Importa neste modelo a importância dada à dimensão cognitiva e ao trabalho de avaliação do sujeito quando o elemento stressor surge. De acordo com Lazarus e Folkman (in Graziani e Swendsen, 2007), uma situação torna-se stressante quando o individuo considera que a relação individuo/ambiente excede os seus próprios recursos, não permitindo uma resposta e vindo a colocar em perigo o seu bem-estar. Ainda segundo os mesmos autores, o stresse não é considerado nem uma propriedade da pessoa ou do meio, nem um estímulo ou uma resposta, mas sim um processo entre a pessoa e o meio onde existe um claro desequilíbrio entre a perceção das exigências e a capacidade para as defrontar.

São ainda características potenciadoras do sentimento de stresse as características da personalidade, os padrões de comportamento do sujeito, a dimensão contextual e as características percebidas dos estímulos do meio. Dentro das características pessoais: a emocionalidade, o neuroticismo e o traço de ansiedade que tem uma associação com o sentimento de stresse (Parreira, 2006).

Segundo os autores Lovibond e Lovibond (1995) a ansiedade está associada ao stresse, são interpretados de forma diferente, mas têm a mesma natureza e ao longo do tempo um pode desenvolver o outro (Serra, 1999; Veigas & Gonçalves, 2009).

Quando o individuo avalia as suas capacidades como ficando aquém do esperado, isto é o suficiente para provocar a ansiedade. A definição de stresse de Lazarus funde-se com a da ansiedade, é pois uma componente constante da experiencia stressante. O stresse deve-se a perceção da emoção negativa que transpõe as capacidades do individuo de as aguentar, a ansiedade é a emoção que acompanha a previsão de um perigo para o bem-estar do próprio, ou seja pode estar na origem da experiencia stressante (Graziani & Swendsen 2007).

2.2 Ansiedade

Cullen introduziu em 1769, o termo neurose, Pinel surge logo em 1818, e descreve o termo neurose como sendo “doença sem lesão”, Da Costa em 1871 reúne um conjunto de sintomas a que apelida de “coração irritável”, mas é Freud em 1895 quem torna realizável a atribuição de um estatuto independente aos estados ansiosos. O termo ansiedade é por diversas vezes utilizado como sinonimo do termo stresse. Relacionado com as percepções de perigo e o medo desse perigo está a experiência ansiosa do individuo que vem acompanhada de tensões físicas e psicológicas. Ansiedade está ligada mesmo a um acontecimento que não é vivido diretamente, nem coloca o individuo num perigo imediato (in Graziani, 2005).

Segundo uma avaliação cognitiva, a ansiedade corresponde a um conjunto de cognições e afetos, ativados no momento da ameaça sentida pelo indivíduo. Fazem parte deste conjunto a percepção do perigo eminente, o sentimento de apreensão e a ativação dos variados sistemas psicofisiológicos. A ansiedade em níveis moderados funciona como “tampão”, é adaptativa perante elementos stressores. Ela mobiliza recursos físicos e psicológicos para enfrentar o acontecimento considerado ameaçador para o individuo, quer isto dizer que auxilia o estabelecimento de atitudes de defesa. Mas a ansiedade pode perder esta função adaptativa e tornar-se patológica. A ansiedade patológica influencia os sistemas de atribuição de sentido e de significado à experiência, inserindo distorções perceptivas e de processamento de informação ou enviesamentos, pois o individuo está em constante estado de alerta. Em alguns casos vem a tornar-se uma constante na personalidade pois ansiedade patológica gera ansiedade (Graziani, 2005).

Como característica da personalidade temos a ansiedade-traço, que leva um individuo a perceber como ansiogénico um acontecimento, que para outro individuo, não tem qualquer tipo de ação. A ansiedade foi definida como sendo um estado emocional com uma qualidade subjectiva do medo ou mesmo de uma emoção próxima. Esse estado emocional pode ser desagradável, pode ser negativa e em alguns casos quando se depara com a ameaça, pode ser pouco exagerada, provocando sintomas corporais manifestos (Graziani, 2005).

A ansiedade aparece como consequência de um défice psicológico, do conflito intrapsíquico ou mesmo da grande dificuldade em conseguir interpretar os acontecimentos. Ainda segundo o autor Lazarus (in Graziani, 2005), ansiedade elevada dá-se quando há percepção de um perigo relativo ao próprio individuo, ou de crise existencial profunda (Graziani, 2005). O autor Gray (in Graziani, 2005) afirma que a ansiedade patológica se deve à hiperatividade do sistema inibidor da ação presente. Isto dá-se quando o sistema de coping

não se revela eficaz para resolver a transação stressante. Aqui confunde-se o conceito ansiedade e o conceito de stresse, tendo a ansiedade a assumir todo o seu sentido nos acontecimentos stressantes.

Considera-se a ansiedade como sendo uma resposta emocional aversiva ao stresse, que resulta da percepção tida pela pessoa sobre o elemento stressor como sendo uma ameaça e é caracterizada por sentimentos subjetivos de preocupação e apreensão relativamente à possibilidade de dano físico ou psicológico, acompanhado por vezes de um aumento da ativação fisiológica (R. E. Smith et al., 1998).

O conceito ansiedade está relacionado com o processamento seletivo da informação por parte do individuo, que a avalia como sendo uma ameaça ou um atentado ao seu bem-estar físico e psicológico (Graziani, 2005).

No modelo das construções pessoais de Kelly (1955,1963), a autora considera o individuo como sendo um construtor de sentido, que se traduz numa organização do conhecimento. Esta organização vai evoluindo a medida que o individuo vai interagindo com o meio e tendo novos pareceres sobre o mesmo. Sempre que houver necessidade de adaptação a novas situações, há modificação das suas próprias construções, logo, o individuo tem de modificar o próprio sentido inicial. A ansiedade faz pois parte dos processos adaptativos presentes no modelo de Kelly (1955,1963). Ela aparece quando se dá a constatação de que os acontecimentos com que o individuo se confronta, estão fora da pertinência do seu sistema de construções. A ansiedade é pois responsável pela revisão do sistema de construções. O modelo de Kelly (1955,1963), aproxima-se da visão de Lazarus, que considera a ansiedade como o sinal de perda de sentido e de desarmonia entre as expectativas do individuo e a sua realidade. É responsável pela tentativa de adaptação que vai permitir a integração das estruturas cognitivas, dando a possibilidade para que as mesmas se acomodem à mudança. Segundo Kelly (1955,1963), a ansiedade é pois o resultado emocional da inadequação das estruturas cognitivas do individuo, que se confronta com o seu meio. É o resultado da interação entre a avaliação da ocorrência e a avaliação das capacidades para fazer face ao mesmo (in Graziani, 2005).

Para Spielberger (1989), as avaliações de ameaça de perigos presentes ou futuros têm a função de originar reações emocionais que levam a pessoa a agir e evitar o perigo, mas quando não há um perigo objetivo, a percepção de ameaça de uma situação transmite uma mensagem de stresse, que vem resultar na ativação de um estado de ansiedade. A percepção de ameaça intervém na relação entre o elemento stressor e a intensidade da reação de ansiedade

da pessoa. Isto leva a que os estados de ansiedade variem em intensidade e em tempo, em função da quantidade de ameaça percebida (Dunn & Nielsen, 1993; Spielberger, 1989).

Rachman (in Graziani, 2005) explica no seu modelo de ansiedade os processos falhados que provocam a ansiedade patológica. O autor atribui a responsabilidade a dois enviesamentos, são eles: a atenção seletiva e a hipervigilância. A atenção seletiva dá-se quando o indivíduo que é vulnerável a ansiedade é confrontado com uma situação nova ou conhecida como intimidante, inicia uma atenção seletiva na procura de estímulos que revelem a presença de uma ameaça. Quando retiradas as informações através da atenção seletiva, elas ficam disponíveis para interpretação e podem ser feitas falsas interpretações da informação retirada (Graziani, 2005). A hipervigilância, está presente quando o indivíduo se vê numa situação nova. Essa situação é explorada até ser encontrado um sinal de perigo/ameaça, a atenção é focalizada sobre essa mesma ameaça com grande sensibilidade e são feitas distorções sobre a mesma, parecendo a ameaça muito maior do que é na realidade. Os esquemas cognitivos são ativados para avaliar e dar confronto quando um sinal de ameaça é percebido. Assim para Rachman o autor, a atenção seletiva e a hipervigilância são dois enviesamentos que alimentam a ansiedade durante o episódio de confronto stressante. São estes dois termos que segundo o autor percebem situações neutras como sendo stressantes e subestimam os recursos de coping (Graziani, 2005).

O modelo de stresse e ansiedade de Spielberger (1989), compreende uma distinção entre estado e traço de ansiedade. Spielberger e colaboradores descreveram a ansiedade estado como sendo um estado emocional ou condição que se dá num dado momento no organismo humano caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos e por um aumento da atividade do sistema nervoso autónomo (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983). A ansiedade traço reporta à tendência da pessoa para experienciar o aumento na ansiedade estado quando exposto a elementos stressores, sendo definida como diferenças individuais relativamente estáveis na propensão para a ansiedade, ou seja, diferenças entre as pessoas na tendência para responderem a situações percebidas como ameaçadoras com o aumento na intensidade da ansiedade estado. De acordo com a distinção estado-traço de Spielberger (1989), após um evento externo ou um estímulo interno ser percebido e avaliado como perigoso ou ameaçador: a) evocará uma reação de estado de ansiedade que inclui a ativação do sistema nervoso autónomo e sentimentos subjetivos de tensão e expectativa; b) a intensidade desta reação será proporcional à quantidade de ameaça que a situação representa para o indivíduo; c) a

ansiedade-estado permanecerá com níveis elevados até a avaliação da situação como ameaçadora ser alterada por estratégias de confronto ou comportamentos defensivos eficazes. Spielberger (1966) defende ainda que diferenças individuais na ansiedade traço determinam os estímulos externos específicos que são cognitivamente avaliados como ameaçadores, o nível de ansiedade estado experienciado e outros efeitos desses estímulos no comportamento. Neste contexto, situações de avaliação provavelmente são percebidas como mais ameaçadoras por indivíduos com alto traço de ansiedade do que por pessoas com baixo traço de ansiedade.

A ansiedade avalia uma situação como sendo stressante e atua sobre os processos de atribuição de sentido e de significação à experiência ao inserir enviesamentos perceptivos e de processamento da informação. Torna-se ela mesmo geradora de stress, pondo o indivíduo em constante alerta (fisiológico e psicológico) pela procura supostos agentes stressores. Um indivíduo ansioso identifica mais facilmente os agentes stressores (Graziani, 200).

A ansiedade é uma emoção normal e indispensável ao nosso equilíbrio pois coloca-nos em alerta perante acontecimentos que encontramos, desde que não seja patológica tais como: fobias, ansiedade de desempenho nos exames, perturbações de pânico, perturbações obsessivo-compulsivas e mesmo o stress pós-traumático por um acontecimento traumatizante (Larousse, 2008). Existem três critérios a ter em conta para a caracterização de ansiedade patológica. São elas a duração, tem de ser diário e por um período mínimo de um mês. O sofrimento, não sendo uma emoção agradável, induz um sofrimento que leva ao patológico. O terceiro critério é o incómodo funcional, na medida em que impede um funcionamento normal no quotidiano do indivíduo (Larousse, 2008).

Deve ser tido em conta no caso da ansiedade, as experiências vividas pelo indivíduo consideradas como “incontroláveis”, pois existem experiências que contribuem para o aumento da ansiedade. As experiências antecipadas stressantes, podem ter uma importância desmedida sobre a avaliação e o coping das transações seguintes e por resultado causar alguma fragilidade a longo prazo na capacidade de coping do indivíduo. Segundo os autores Lazarus e Folkman (1984), a forma como é ativado o coping pode afetar a saúde física e psicológica. De um modo geral, os indivíduos ansiosos, quando confrontados com situações stressantes e repetitivas, não desencadeiam estratégias de coping tão eficazes como os que não são ansiosos. O coping dos indivíduos ansiosos é centrado na emoção, ou seja existe esforço para reduzir o sofrimento emocional através da fuga e do evitamento, como por exemplo o álcool e o cigarro. Este foco dos esforços nas emoções, diminui o investimento na solução do problema o que acaba por levar ao agravamento do mesmo (Graziani, 2005).

CAPITULO 3 - ALUNOS UNIVERSITARIOS, COPING E SAÚDE MENTAL

Com a entrada para a universidade, o estudante precisa adaptar-se a todo um conjunto de mudanças vivenciadas posteriormente pelo próprio, tendo para isso de encontrar o apoio necessário junto dos pares, família e professores como processo decisivo (Machado & Almeida, 2000). Destas mudanças vivenciadas pelo estudante universitário fazem parte todo um ajustamento emocional e social, assim como a aquisição de estratégias de coping para fazer face a este novo percurso (Santos, 2001).

O Ensino Universitário, tem início com uma longa caminhada a fim do enriquecimento cultural e formação do ser humano como ser único e individual. O longo percurso implica conciliar motivações e interesses pessoais com novos contextos de vida ao nível familiar, social e escolar. É um local de aprendizagem, de oportunidade para travar novos conhecimentos, conhecer outros ambientes, mas também um local gerador de situações indutoras de stresse e potencialmente ansiogénico. Prova disso, são os diversos estudos já realizados por variados autores, onde apontam o aumento significativo de estudantes universitários que apresentam problemas de saúde mental, solicitando por consequente ajuda nos centros de acolhimento (Bishop, 2006; Erdur-Baker et al, 2006; Kitzrow, 2003; Kadison & DiGeronimo, 2004; Kitzrow, 2003).

O percurso na universidade vivenciado pelo estudante é um momento de grandes desafios, mudanças e dificuldades para serem ultrapassadas. O novo contexto obriga a características e aptidões que não tenham sido utilizadas até então. A boa adaptação, como por exemplo adaptar-se aos horários e a grande quantidade de informação inicial existente, desempenha um papel importante na permanência do aluno no curso, no seu envolvimento e na sua própria saúde mental (Soares & Ferreira, 1999).

De entre os vários desafios de transição e problemas de adaptação a universidade, encontram-se os problemas de relacionamento, na medida em que há uma redução de investimento nas relações anteriores e a necessidade de investimento em novas relações (Diniz, 2001). Em alguns trabalhos de investigação já realizados, as relações estabelecidas pelo individuo são dadas como sendo de extrema importância para a saúde mental, principalmente nos primeiros anos de vida, para o desenvolvimento da personalidade. As relações estabelecidas significativas, podem ainda funcionar como fatores de risco ou de proteção, na medida em que podem desenvolver sentimentos de segurança e autoestima, contribuindo para o bem-estar da pessoa, mas ao mesmo tempo pode originar situações

contrárias e que causem sofrimento (Canavarro, 1999). Bruscato (1998), afirma que a lógica para a sobrevivência biológica é a adaptação do organismo ao meio físico, para a sobrevivência psicológica é a relação do indivíduo com o meio humano. De acordo com alguns autores, pessoas com característica relacional insegura preocupam-se com a possibilidade de não ser aceite no meio e acabam por desvalorizar as situações causadoras de stress, mesmo quando o elemento stressor já se manifestou fisicamente na pessoa (Maudner & Hunter, 2001).

Mas existem outros fatores que dificultam a boa adaptação e realização académica, interferindo na saúde mental dos estudantes universitários. Os diversos fatores foram identificados em diferentes pesquisas realizadas por variados autores. São eles: a ansiedade face aos exames, uma baixa auto-estima, a ansiedade social (Pereira et al., 2004), a gestão correcta ou não do tempo (Aherne, 2001; Misra & McKean, 2000), as dificuldades económicas (Bojuwoye, 2002; Pereira et al., 2004), as mudanças nos hábitos alimentares e o sono irregular, novas responsabilidades e aumento da carga de trabalho (Ross, Niebling e Heckert, 1999), o medo de falhar (Schafer, 1996), o stress intenso vivenciado (Gall, Evans & Bellrose, 2000), estar em semestres iniciais ou finais e as pressões académicas (Steptoe, et al, 2007), entre outros fatores.

Outro factor gerador de stress e ansiedade na universidade verifica-se com a acentuada dificuldade em encontrar emprego e a exigência de mais competências para o mesmo, gerando no centro da Universidade uma enorme competição entre os próprios alunos (Claude, 1993).

O stress vivenciado pode dificultar a adaptação e auto-realização do estudante (Gall, Evans & Bellrose, 2000) e colocar em causa a saúde física, levando a problemas psicológicos (Chang, 2001; Morrison & O'Connor, 2005). Verifica-se em estudos científicos efectuados que estudantes stressados têm uma menor percepção do seu estado de saúde e menor auto-estima, tornando-se um preditor do rendimento académico (Hudd et al., 2000).

Ainda segundo um estudo realizado por Baker e colaboradores (1985) com 1210 estudantes universitários a fim de averiguar as expectativas dos mesmos, verificou-se que os alunos que vivenciaram a desilusão por não terem cumprido as suas expectativas iniciais aquando da matrícula, revelaram baixo desempenho académico, menor satisfação, maior probabilidade de abandonar o curso e logo menor de terminar a licenciatura (cit por Ferreira, 2003).

Quando se dá um determinado acontecimento na vida do indivíduo (dificuldades financeiras relacionadas com o pagamento das propinas, dificuldades de adaptação...) que exige da pessoa uma resposta e a mesma não se encontra muitas vezes ao alcance da pessoa, essa situação é causadora de stresse (desilusão, probabilidade de abandonar o curso) e exige uma nova adaptação. Esta conjuntura pode levar a frustração e a desilusão (Neves & Pais-Ribeiro 2000).

Neste rol de dificuldades apresentadas é importante a definição de adaptação em três domínios: defesa, domínio e coping. Defesa, em relação as respostas reflexas ligadas ao perigo e segurança, domínio, tem a ver com o encontrar soluções para fazer face aos acontecimentos. Coping, como resposta as dificuldades e situações provocadoras de ansiedade e stresse (Zeidner & Saklofske, 1996).

Lovibond e Lovibond (1995) afirmam que a ansiedade está associada ao stresse. Os temas são interpretados de forma diferente, mas têm a mesma natureza e ao longo do tempo um pode desenvolver o outro (Serra, 1999; Veigas & Gonçalves, 2009). Quando o indivíduo avalia as suas capacidades como ficando aquém do esperado, isto é o suficiente para provocar a ansiedade. Lazarus funde a definição de stresse com a da ansiedade, é segundo o autor uma componente constante da experiencia stressante. O stresse deve-se a perceção da emoção negativa que transpõe as capacidades do indivíduo de as aguentar, a ansiedade é a emoção que acompanha a previsão de um perigo para o bem-estar do próprio, ou seja pode estar na origem da experiencia stressante (Graziani & Swendsen 2007). Para fazer face ao stresse e a ansiedade, o indivíduo desenvolve estratégias de coping que ajudam a compreender o agente stressor e a perceber que temos margem de manobra para lidarmos e para nos adaptarmos a ele (Larousse, 2008).

Ao falar de coping falamos de estratégias cognitivas e comportamentais que são desenvolvidas pelo indivíduo a fim de conseguir ultrapassar e lidar com as exigências internas e externas da relação indivíduo/ meio ambiente avaliadas como excessivas, e as reações emocionais causadas por essas exigências. Estas estratégias cognitivas e comportamentais relacionam-se com a saúde mental pois podem moderar o impacto dos acontecimentos de vida, aumentando os níveis de bem-estar psicológico e reduzindo o sofrimento (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus (2006), refere que stresse e coping estão ligados, sendo que coping emerge como um recurso da emoção. Relacionado com este processo temos as ocorrências que desencadeiam o stresse e as emoções. Temos a ansiedade aqui muito presente, pois os

ansiosos suportam com maior dificuldade os acontecimentos stressantes. Indivíduos ansiosos e mais vulneráveis psicologicamente têm mais dificuldade em estabelecer estratégias de coping que os indivíduos que não apresentem perturbação face a acontecimentos prolongados e repetitivos (in Graziani & Swendsen, 2007).

O objetivo deste estudo e a presente investigação propõe explorar a relação entre a Saúde mental e o Coping nos estudantes universitários do 5º ano. Neste sentido, foram expostas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Nos estudantes universitários finalistas com estágio escolar, as estratégias de coping centradas na fuga-evitamento, estão fortemente associadas a elevados índices de stresse;

Hipótese 2: Espera-se que nos estudantes universitários finalistas com estágio escolar, a estratégia de coping suporte social esteja fortemente relacionada com baixos índices de stresse;

Hipótese 3: Espera-se que exista uma associação negativa entre o stresse e a resolução planeada nos problemas, nos estudantes universitários finalistas com estágio escolar;

Hipótese 4: Espera-se que existam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o Sexo feminino quanto às dimensões de ansiedade e de stresse.

CAPÍTULO 4 – MÉTODO

4.1 Participantes

Na tabela 1 temos a caracterização socio – demográfica da amostra deste estudo

Tabela 1

Caracterização sócio-demográfica (n = 100)

	%	M (DP)	Mínimo	Máximo
Idade		32.27 (8.264)	20	51
Género				
Masculino	26.0			
Feminino	74.0			
Estado Civil				
Solteiro	50.0			
Casado	28.0			
União de facto	13.0			
Divorciado	9.0			
Viúvo	-			
Residência habitual				
Rural	9.0			
Urbano	91.0			
Estágio obrigatório				
Sim	76.0			
Não	24.0			
Se respondeu sim, esta a efetuar estágio				
Sim	49.5			
Não	50.5			
Trabalha				
Sim	68.0			
Não	32.0			

Como se pode observar, a amostra em estudo é constituída por 100 estudantes universitários do grupo Lusófona, entre os quais 26% do sexo masculino e 74% do sexo feminino, com uma média de idades de 32, 27 anos (DP= 8,26), compreendidas entre os 20 e os 51 anos.

Relativamente ao estado civil, 50% dos inquiridos são solteiros, 28% dos inquiridos são casados, 13% vivem em união de facto, e apenas 9% são divorciados.

Quanto a residência habitual, 91% afirmaram residir no meio urbano, enquanto 9% residem no meio rural.

Relativamente ao estágio 76% responderam que a sua realização era obrigatório, sendo que apenas 24% responderam negativamente. Entre os que responderam afirmativamente, 49.5% encontravam-se a realizar o estágio no momento de preenchimento do questionário.

De salientar ainda, que 68% dos participantes encontram-se a trabalhar.

4.2 Instrumentos

Questionário Socio-demográfico

O questionário foi usado na recolha de dados sendo importante para a caracterização da amostra, e constituído por idade, género, estado civil, residência habitual, se tem inserido no curso o estágio e se o está a efetuar atualmente, se sim, quantas horas disponibiliza, se trabalha e qual a profissão.

Escala de estratégias de coping

Segundo Folkman e Lazarus (1988) o “Ways of Coping Questionnaire” foi inicialmente usado como um instrumento de investigação sobre o modo como os indivíduos lidam e/ou reagem aos acontecimentos indutores de stresse. Segundo os mesmos, identifica pensamentos e ações a que os indivíduos recorrem para lidar com esses acontecimentos stressantes. O questionário assume a seguinte definição de coping: «*esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo os/ou estando nos limites dos recursos do indivíduo*» (Folkman & Lazarus, 1984, p. 2). O questionário dá-se com o investigador a assegurar que o indivíduo focou um acontecimento específico, como seja uma discussão com o cônjuge e não uma condição generalizada da sua vida, como seja um casamento disfuncional. Para tanto, os autores sugerem as seguintes instruções: «*Por uns momentos concentre-se na maior situação de stresse que viveu na última semana. Por situação de stresse entendemos qualquer situação*

que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu stressada/o pelo que aconteceu, quer porque se esforçou bastante para lidar com a situação (...).» (Folkman & Lazarus, 1988, p. 10). Numa revisão da literatura o instrumento é atualmente constituído por 48 itens e pode ser completado em cerca de 10 minutos. Os indivíduos respondem a cada item numa escala ordinal de 4 pontos, indicando com que frequência usam cada estratégia de “0- Nunca usei” a “3- Usei muitas vezes”. Os autores adotaram a subdivisão da escala de *coping* (EC) em oito subescalas de *coping*: *Coping* Confrontativo, focada no problema (itens 2, 3, 11, 19, 24, 35), descreve um grau de hostilidade e risco, e os esforços agressivos para a alteração da situação; Distanciamento, focada na emoção (itens 8, 10, 14, 30 e 33) descreve esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação; Autocontrolo, focado no problema (itens, 6, 9, 25, 32, 42, 47, e 48), descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações; Procura de Suporte Social, focada no problema (itens 4, 12, 15, 20, 22, 31, 34), que descreve os esforços de procura de informativo, suporte tangível e emocional; Aceitar a Responsabilidade, focada no problema (itens 5, 17 e 40), refere o conhecimento pessoal do próprio papel no problema e tentativas sistemáticas de melhorar os acontecimentos; Fuga-Evitamento, focada na emoção (itens 7, 23, 29, 36, 39, 44, 45), que descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para evitar ou escapar ao problema; Resolução Planeada do Problema, focada no problema (itens 1, 18, 28, 37, 38, 41) refere os esforços que são deliberados no problema para tentar alterar a situação associados a uma abordagem analítica de solução do problema;) e a Reavaliação Positiva, focada na emoção (itens 13, 16, 21, 26, 27, 43 e 46), descreve esforços feitos para a criação de significados positivos focando o crescimento pessoal, tendo uma dimensão religiosa (Folkman & Lazarus, 1988). Esta escala foi aferida para a população portuguesa por C. Santos & J. Pais Ribeiro (1998), com um Alpha de Cronbach de .para a estratégia “Confrontativo” .52 a .83 para a estratégia “Reavaliação positiva”.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS- 42 itens)

Clark e Watson (1991) propuseram um modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupavam em três estruturas. A primeira estrutura era designada por distress ou afeto negativo e incluía sintomas responsáveis pela associação entre a ansiedade e a depressão, são elas o humor deprimido e ansioso assim como insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Foram também a Ansiedade e a Depressão que constituiriam as outras duas estruturas, com a tensão somática e

a hiperactividade como específicas da ansiedade, e a anedonia e a ausência de afecto positivo como relativamente específicas da depressão. Este modelo

levou à construção de medidas tais como a Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-42), que se trata de uma adaptação da Depression Anxiety Stress Scale (DASS), desenvolvida por Lovibond & S. H. Lovibond (1995) e aferida à população portuguesa por A. Baptista, R. Santos, A. I. Silva & I. Batista, (1999). O questionário é composto por um total de 42 itens avaliando três dimensões tais como Ansiedade, Depressão e Stress e é do tipo Likert. Cada item corresponde a uma frase que remete para sintomas emocionais negativos identificados pelo indivíduo, isto relativo a sua última semana, optando por uma pontuação de “0- Não se aplicou a mim” e “3- Aplicou-se a mim a maior parte do tempo”. A EADS-42 assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja assume que as diferenças na depressão, ansiedade e stress experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau. Cada uma das três dimensões da EADS, contem 14 itens, divididos em sub-escalas de 2-5 itens. A dimensão Depressão avalia a desesperança, a disforia, a desvalorização da vida, auto depreciação, falta de interesse, anedonia e inercia. A dimensão ansiedade avalia excitação autonómica, efeitos sobre o musculo-esquelético, ansiedade situacional e a experiência subjetiva de afeto ansioso. A dimensão Stress avalia dificuldades de relaxamento, excitação nervosa, se o indivíduo é facilmente perturbado, se é agitado, reativo, impaciente e se irrita-se facilmente. Os valores para estas três dimensões são calculados pela soma dos valores dos itens relevantes. A classificação dos itens divide-se em: depressão (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42); ansiedade (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41); stress (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39). A pontuação para cada um dos respondentes durante cada uma das escalas e sub-escalas, são pois avaliados de acordo com a classificação de gravidade, ou seja: Normal:(0-9; 0-7; 0-14); Suave:(10-13; 8-9; 15-18); Moderado(14-20; 10-14;19-25); Grave(21-27;15-19; 26-33) e Extremamente grave (28 +; 20 +; 34 +) (Ribeiro, P. J., Honrado, A., Leal, I. 2004). No que diz respeito a consistência interna para a versão portuguesa das escalas foram de “Depressão” .93; “Ansiedade” .83; e “Stress” .76.

4.3 Procedimento

Esta amostra foi recolhida única e exclusivamente da Universidade Lusófona, no ensino noturno, tendo decorrido desde Fevereiro de 2012 até Abril de 2012 e foi feita pela autora.

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo da aplicação dos questionários e confidencialidade dos mesmos, assim como do seu uso. Os que aceitaram colaborar, fizeram-no depois de lerem o termo consentimento informado (Anexo 1).

Foi apresentado o questionário Socio- demográfico (Anexo 2), seguido da respetiva escala de Estratégias de Coping (Anexo 3) e da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS), (Anexo 4), onde previamente foi efetuado um pedido de autorização para aplicação da mesma escala, (Anexo 5).

Os dados recolhidos foram inseridos e analisados com a ajuda do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.

Capítulo 5 - Resultados

Por forma a podermos aplicar os testes estatísticos, a que nos propusemos, e para dar resposta às hipóteses formuladas, começámos por averiguar a normalidade das observações, tendo sido utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov, para as dimensões: “Idade”, “Ansiedade”, “Stresse”, “Auto-controle”, “Procura de suporte social”, “Fuga-evitamento”, “Resolução planeada do problema”, “Reavaliação positiva”, “Assumir responsabilidade”, “Confrontativo” e “Distanciamento”, sendo os resultados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Estudo da Normalidade (teste Kolmogorov-Smirnov)

	Z	P
Idade	1.260	0.084
Ansiedade	1.697	0.006
Stresse	0.876	0.426
Auto controle	0.927	0.357
Procura de Suporte Social	0.952	0.325
Fuga-Evitamento	1.274	0.078
Resolução planeada do problema	0.803	0.540
Reavaliação Positiva	0.674	0.754
Assumir a responsabilidade	1.476	0.026
Confrontativo	1.009	0.260
Distanciamento	0.820	0.513

Z- Teste Kolmogorov-Smirnov; p- Significância

Verifica-se que apenas a dimensão “Ansiedade” ($Z = 1,697$; $p = 0,006$) e “Assumir a responsabilidade” ($Z = 1,476$; $p = 0,026$) não se assemelha a uma distribuição normal, as restantes dimensões cumprem o critério de normalidade, apresentando valores acima de 0.05. Sendo o estudo essencialmente correlacional, foi analisada na Tabela 3, a existência de correlação entre as variáveis quantitativas, condição igualmente importante para dar resposta às hipóteses formuladas.

Tabela 3

Coefficientes de Correlação

		Idade	Ans	Stresse	Autoc	Pss	Fugev	Rpp	Rp	Aresp	Conf
Ans	R	-.202*									
	P	.044									
Stresse	R	-.096	.665**								
	P	.342	.000								
Autoc	R	.080	.036	.000							
	P	.429	.719	.999							
Pss	R	.114	.012	.058	.434**						
	P	.260	.903	.569	.000						
Fugev	R	-.152	.261**	.328**	.322**	.194					
	P	.131	.009	.001	.001	.053					
Rpp	R	.114	.007	-.088	.608**	.578**	.078				
	P	.258	.946	.383	.000	.000	.439				
Rp	R	.072	.011	-.040	.630**	.580**	.288**	.665**			
	P	.476	.911	.690	.000	.000	.004	.000			
Aresp	R	-.021	-.062	-.280	.491**	.477**	.336**	.509**	.573**		
	P	.839	.539	.781	.000	.000	.001	.000	.000		
Conf	R	-.028	.185	.156	.460**	.627**	.379**	.497**	.590**	.409**	
	P	.780	.066	.122	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
Dist	R	-.032	.295**	.094	.499**	.323**	.396**	.460**	.500**	.248*	.487**
	P	.755	.003	.353	.000	.001	.000	.000	.000	.013	.000

*p < .05; **p < .01

Ans- Ansiedade; Stre- Stresse; Autoc- Autocontrolo; Pss- Procura de suporte social; Fugev- Fuga e evitamento; Rpp- Resolução planeada do problema; Rp- Reavaliação positiva; Aresp- Assumir a responsabilidade; Conf- Confrontativo; Dist- Distanciamento.

De acordo com os resultados da tabela, é de salientar a existência de uma forte correlação positiva entre as variáveis “Ansiedade” e “Stresse”, $r = .665$; $p < .000$, e entre as variáveis “Reavaliação positiva” e “Resolução planeada do problema”, $r = .665$; $p < .000$.

A associação entre a “Fuga- evitamento” e a dimensão “Stresse” apresentou os valores: $r=0,328$; $p= 0,001$ é uma correlação moderada e não forte, de sentido positivo e significativa.

A correlação entre a variável “Suporte social” e “Stresse” apresentam uma associação fraca de sentido positivo e não significativa ($r=0.058$; $p=0,569$). Os resultados mostram não haver relação entre uma e outra variável.

A correlação entre o “Stresse” e a “Resolução planeada de problemas” apresentam sentido negativo, força fraca e não existem diferenças estatisticamente significativas ($r=-0,088$; $p=0,383$).

Para dar resposta a hipótese 4 foi utilizado o teste Mann-Wintney, pois a dimensão ansiedade não se assemelha a uma distribuição normal, sendo os resultados apresentados na tabela 4.

Tabela 4: Teste Mann-Wintney - Cruzamento da dimensão ansiedade com o género

	Género		U	p
	Masculino	Feminino		
	Mean Rank	Mean Rank		
Ansiedade	45,29	52,33	826,500	0,284

Como se verifica na tabela, os indices de “Ansiedade” nas mulheres são superiores (Mean Rank= 52,33) aos dos homens (Mean Rank= 45,29), mas essas diferenças não são significativas ($U= 826,500$; $p= 0,284$).

Relativamente a dimensão “Stresse”, esta assemelha-se a uma distribuição normal, logo iremos utilizar o teste paramétrico (t- student), a fim de verificar a existência de diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino na dimensão “Stresse”, sendo os resultados apresentados na tabela 5.

Tabela 5: t- student – Cruzamento Stress e género

	Género				T	P
	Masculino		Feminino			
	M	DP	M	DP		
Stress	9,65	8,736	10,23	6,902	-0,341	0,734

Como se pode observar, na vertente da variável “Stresse”, a média existente nos estudantes do sexo feminino é superior (M= 10,23; DP= 6,902) a do sexo masculino (M= 9,65; DP=8,736), não existindo diferenças estatisticamente significativas ($t(98) = -0,341$; $p=0,734$).

Capítulo 6 - Discussão

O presente estudo teve como objetivo fazer várias associações entre as variadas estratégias de coping utilizadas pelos estudantes universitários e as dimensões stresse e ansiedade ligadas a saúde mental.

Para a discussão dos resultados encontrados neste estudo, achamos pertinente partir de um breve esclarecimento sobre a ligação entre saúde mental e estratégias de coping. Vimos ao longo do trabalho que as variáveis ansiedade e stresse, embora diferentes encontram-se ligadas. Pessoas ansiosas suportam com maior dificuldade os acontecimentos stressantes. Os autores Lovibond e Lovibond (1995), afirmam que a ansiedade está associada ao stresse, são interpretados de forma diferente, mas têm a mesma natureza e ao longo do tempo um pode desenvolver o outro. Há uma maior dificuldade para um ansioso em estabelecer estratégias de coping e o coping utilizado na maioria dos acontecimentos stressantes é centrado na emoção, dado aumentarem a ameaça percebida (in Graziani & Swendsen, 2007).

No presente trabalho foram formuladas quatro hipóteses a fim de analisar a relação entre saúde mental e estratégias de coping a que obtivemos as seguintes respostas:

A hipótese 1 não se confirma. Entre a estratégia de coping centrada na fuga-evitamento e a dimensão stresse não se veio a verificar associação, tendo os resultados dado uma correlação moderada e não forte, não indo ao encontro ao que tinha sido anteriormente referido por outros autores como Ribeiro e Santos (2001). Estes autores afirmaram que pessoas perante variáveis psicológicas como o Stresse e a Ansiedade, utilizam as estratégias de coping focadas na emoção como é o caso da estratégia “Fuga-evitamento.

Uma vez que este estudo é realizado com estudantes finalistas, o resultado desta hipótese pode ser justificado com o que mencionam os autores Sher, Wood e Gotham (in

Ferreira, 2003) onde concluíram num estudo longitudinal que maiores níveis de stresse estão associados aos alunos do 1º ano, ou mais novos, quando comparados com alunos mais velhos ou de anos de estudo mais avançados uma vez que é nessa fase que se deparam com as novas situações, isto reflete a adaptação, ou dificuldade da mesma ao ensino superior. Por outras palavras, verifica-se que a estratégia de coping fuga-evitamento é mais utilizada por indivíduos mais novos ou que se encontrem no 1º ano, pois apresentam níveis mais significativos de stresse (Ferreira, 2003).

Da análise dos resultados apurados, verificou-se não existir evidência estatisticamente significativa para afirmar a existência de uma forte correlação, entre a estratégia de coping “suporte social” e a dimensão “stresse”. Apesar de que os valores apurados aproximaram-se bastante de uma correlação praticamente nula, $r = .058$; $p = .569$. Sendo assim, a estratégia de coping Suporte social não se encontra fortemente relacionada com baixos níveis de stresse.

Segundo os autores Carver e Conner-Smith (2010), indivíduos que se deparam com situações stressantes, desencadeiam estratégias focadas no problema, assim como a estratégia “Suporte social”, o que vai contra os resultados deste trabalho. Mas segundo outro estudo de Dorothy Cotton (1990), estas estratégias são mais utilizadas pelo sexo masculino (cit por Serra, 1999). Este estudo, justifica aos resultados obtidos no presente trabalho, uma vez que a amostra é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino.

No que concerne a terceira hipótese do nosso estudo, os resultados mostram-nos que a mesma é confirmada. Verificou-se uma correlação negativa entre as dimensões “stresse” e “resolução planeada de problemas”, ou seja a medida que o “Stresse” diminui a capacidade de resposta com a utilização da estratégia de coping “Resolução planeada de problemas aumenta. Este resultado vai de encontro ao que dizem os autores Brackney e Karabenick (1995), quando estes afirmam que baixos níveis de stresse é significado de maior capacidade de utilização de estratégias de coping.

Relativamente aos resultados deste estudo quanto as diferenças entre o sexo feminino e masculino para as dimensões ansiedade e stresse, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Os indices de ansiedade nas mulheres revelaram-se superiores aos dos homens, mas sem diferenças significativas, os indices de stresse dos estudantes do sexo feminino também se revelaram superiores aos do sexo masculino, mas também eles sem diferenças significativas. Estes resultados vêm de encontro ao que referem outros autores em diferentes investigações feitas e onde o resultado foi um índice mais elevado de stresse e

ansiedade no sexo feminino, quando comparados com o sexo masculino (Calais, Andrade e Lipp, 2003; Pereira et al, 2004).

Quando testadas algumas estratégias de coping com a dimensão stresse e com a dimensão ansiedade, não se verificaram associações, o que pode ser justificado com o facto de ser efetuado com os alunos finalistas, pois o que dizem os diversos estudos supracitados é que os maiores níveis de stresse e ansiedade são verificados nos primeiros anos e com alunos mais novos, havendo inclusive uma descida de níveis das dimensões “Stresse” e “Ansiedade” nos anos de estudo seguintes.

Conclusão

A pertinência deste estudo visa a análise do Coping e da Saúde Mental nos alunos universitários finalistas do grupo Lusófona. O ingresso ao ensino superior é o início de uma longa caminhada, com o objetivo de enriquecer a sua formação e tendo como prémio final tornar-se um licenciado. Esta caminhada devido a tantos fatores envolvidos pode para alguns ser percecionado como ansiogénico e gerador de situações indutoras de stresse, arrastando efeitos negativos para a saúde física e mental. Temos como fatores potencializadores a competição vivida na própria universidade, os problemas financeiros, as relações interpessoais, o ano frequentado e o estado civil entre outros. Dados os dados divulgados neste e noutros trabalhos, é importante uma atenção maior sobre esta problemática.

Foi referido tanto no corpo teórico do presente trabalho, como na discussão que as dimensões “Stresse” e “Ansiedade” têm níveis mais elevados nos primeiros anos e com os alunos mais novos (Sher, Wood & Gotham in Ferreira, 2003). Como principais factores, temos todo o processo de necessidade de mudança ligado a entrada para a universidade. Os mesmos autores afirmam que os alunos universitários de anos mais avançados já estão mais adaptados e têm maior facilidade na aplicação de estratégias de coping na resolução de problemas.

O que não é referido de acordo como estes autores, é se na amostra tirada de 457 alunos, os alunos finalistas se encontravam a estagiar ao mesmo tempo ou não.

Outro ponto importante é se nos últimos anos os alunos encontravam-se a trabalhar ou não? Esta questão deve-se ao trabalho realizado por Lyle Munro (2011). O autor refere que a qualidade do ensino universitário e da experiencia universitária em geral são afetados negativamente quando os estudantes trabalham em simultâneo. Vickers, Cordeiro e Hinkley (in Munro, 2011), concluíram ainda que os alunos universitários que trabalham entre 20 a 29

horas por semana eram mais propensos para interromper os seus estudos do que os que não trabalhavam de todo.

Aquilo que pude verificar segundo o meu percurso universitário, no meio da mesma faculdade onde realizei o meu estudo é que os alunos finalistas com estágio e que trabalhem em simultâneo estão debaixo de índices elevados de stresse e ansiedade. São pessoas com mais responsabilidades e deveres no dia-a-dia e o nível de exigência é igual ou maior aos alunos de 1º ano e mais novos.

Uma vez apresentados e discutidos os resultados obtidos no presente estudo é importante referir algumas limitações encontradas que poderão ter afectado as variáveis em estudo, adiantando também algumas diretrizes para estudos futuros.

A primeira limitação corresponde exactamente com o facto de a recolha ter sido efetuada numa única universidade, pelo que a possível generalização destes resultados para outras instituições devem ser encaradas com reserva. A segunda limitação diz respeito a variável sexo, uma vez que neste estudo a percentagem para o sexo masculino é de 26,0 %, o que poderá ter determinado algumas conclusões do estudo, comparativamente com estudos realizados previamente. O número da amostra reduzido também poderá ter influenciado de alguma forma os resultados obtidos. Por fim, a última limitação poderá ser o enviesamento das respostas para o socialmente correto.

Apesar das reservas e limitações deste estudo é possível retirar algumas implicações, como a necessidade de maior envolvimento das instituições de ensino superior sobre os alunos universitários finalistas. Para isso fica a sugestão de um estudo mais aprofundado sobre estas variáveis para os alunos finalistas com estágio e que trabalhem em simultâneo.

O sucesso académico é um fenómeno produto da interação de vários fatores, sendo a boa saúde mental imprescindível neste contexto. Verificando-se que a dimensão stresse e a dimensão ansiedade são dois fatores influentes, torna-se imprescindível atuar nesse âmbito, como seminários de gestão de stresse e ansiedade e aconselhamento em grupo ou privativo. Baixos níveis de stresse indicam maior capacidade de coping.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de estilo de publicações de la APA*. (2ªed). Mexico: Editorial El Manuel Moderno.
- Aherene, D. (2001). *Understanding student stress: a qualitative approach*. The Irish Journal of Psychology, 22 83 (4), 176-187.
- Andrews, B., & Wilding, J. (2004). *The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students*. British Journal of Psychology, 95, pp: 509-521.
- Beck, A., Emery, G., Rush, A. & Swaw, B., (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New Yourk: The Guilford Press
- Billing, A. G., Moos, R. E. (1984). *Coping, Stresse and Social resources among adults with unipolar depression*. Jornal of Personality and Social Psychology nº46, pp. 877-891.
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Singapore: Allyn and Bacon.
- Bishop, J.B. (2006). *College and university counseling centers: Questions in search of answers*. Journal of College Counseling, nº 9, pp. 6-19.
- Bojuwoye, O. (2002). *Stressful experiences of first-year students of selected universities in South Africa*. Counseling Psychology Quarterly, 15 (3), 277-290
- Brackney, B. E. & Karabenick, S. A. (1995). *Psychopathology and academic performance: The role of motivation and learning strategies*. J. Couns. Psychol., nº 42. pp. 456-465.
- Brundtland, G. H. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: Nova conceção, Nova esperança*, pp. 5-43.
- Bruscato, W. (1998). *Tradução, validade e confiabilidade de um inventário de avaliação de relações objectuais (Borrti- Forma O)*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações Afetivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora
- Calais, S. L., Andrade, L. M. B. e Lipp, M. E. N. (2003). *Diferenças de Sexo e Escolaridade na Manifestação de Stress em Adultos Jovens*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 16 (2), 257-263.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). *Assessing coping strategies: A*

- theoretically based approach*. Journal Personality Social Psychology. Nº56, pp. 267–283.
- Carver, C. S., & Conner-Smith, J. (2010). *Personality and coping*. *Annual Review of Psychology* 61, 679–704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352.
- Chafey, M. I. J., & Santiago, A. A. V. (2008) *Necesidades psicosociales de los estudiantes*. *Cuaderno de Investigacion en la educacion*, nº 23, pp. 193-198.
- Chang, E. C. (2001). *Life stress and depressed mood among adolescents: examining a cognitive-affective mediation model*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 416-429.
- Claude, J. (1993). *Combater o stress do estudante*. Porto: Porto Editora
- Costa, E., & Leal, I. (2004). *Estratégias de coping e saúde mental em estudantes Universitários de Viseu*. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp. 157-162). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Diniz, A. A. P. M. (2001). *Crenças, escolha de carreira e integração universitária*. Tese de doutoramento apresentada na faculdade do Minho. Braga
- DSM-IV-TR – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed., Lisboa, Climepsi Editores
- Dunn, J. G. & Nielsen, A. B. (1993). *A between-sport comparison of situational threat perceptions in ice hockey and soccer*. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15,449-465.
- Erdur-Baker, O., Aberson, C.L., Barrow, J.C., & Draper, M.R. (2006). *Nature and severity of college students psychological concerns: A comparison of clinical and nonclinical samples*. *Professional Psychology: Research and Practice*, nº 37, pp. 317-323.
- Ferreira, I. M. (2003). *Adaptação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes do ensino superior: Fatores familiares e sociodemográficos*. Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980), *An Analyse of coping in a middle age community sample*. *Jornal of Health and Social Behavior* , nº 21, pp. 219-239.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). *Coping pitfalls and promise*. *Review Psychology*, nº 55(7), pp. 45–74.
- Gall, T., Evans, D., & Bellrose, S. (2000). *Transition to first-year university: patterns of*

- change in adjustment across life domains and time. Journal of Social and Clinical Psychology, 19 (4), 544-567.*
- Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O Stresse, emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hastie, R. (2001). *Problems for judgment and decision making. Annual Review of Psychology, 52, 653-683.*
- Hudd, S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E., Saukas, N., & Yokozuka, N. (2000). *Stress at college: effects on health habits, health status and self-esteem. College Student Journal, 34, 2, 217-227.*
- Kadison, R., & DiGeronimo, T. F. (2004). *The college of the overwhelmed: the campus mental health crisis and what to do about it*. San Francisco: Jpssey-Bass.
- Kitzrow, M.A. (2003). *The Mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. NASPA Journal, nº41, pp. 167-181.*
- Larousse, P. (2008). *Dicionário Enciclopédico da Psicologia*. Lisboa. Edições: Texto e Gráfica
- Lazarus, R. S. (2006). *Emotions and interpersonal relationships: Toward a person centered conceptualization of emotions and coping. Journal of Personality, 74(1), 9-46. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00368x*
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S.; Launier, R. (1978), *Stresse related transactions between person and environment*. Nova Iorque, Plenum Press, pp. 287-327.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2000). *Toward better research on stress and coping. American Psychologist, 55(6), 665-673. doi: 10.1037//0003-066X.55.6.665*
- Lazarus, R. S. (2006). *Emotions and interpersonal relationships: Toward a person centered conceptualization of emotions and coping. Journal of Personality, 74(1), 9-46. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00368x*
- Levenson, R. W., Ekman, P. & Friesen, W. V. (1990). *Voluntary facial action generates emotion-specific autonomous nervous system activity. Psychophysiology, 27, 363-384.*
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). *The structure of negative emotional states:*

- Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories*. Behaviour Research and Therapy, 33(3), 335-343.
- Machado, C., & Almeida, L. (2000). Vivências académicas: análise diferencial em estudantes dos 1.º e 4.º anos do ensino superior. In J. Tavares, & R. A. Santiago (Orgs.), *Ensino superior: (in) sucesso académico* (pp. 133-145). Porto: Porto Editora.
- Malagris, L., & Fiorito, A. (2006). Avaliação do nível de stresse de técnicas da área da saúde. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 391-398. Consultado em 18 Julho de 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n4/v23n4a07.pdf>.
- Maslow, Abraham H. (1943). *A theory of human motivation*. Consultado em 10 de Dezembro de 2012, em <psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm> [Links]
- Maudner, R. G. & Hunter, J. (2001). *Attchement and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease*. *Psychosomatic Medicine*, 63, pp. 556-567.
- Misra, R., & McKean, M. (2000). *College students' academic stress and its realation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction*. *Academic Journal of Health Studies*, 16 (1), 41-51.
- Morrison, R., & O'Connor, R. (2005). *Predicting psychological distress in college students: the role of rumination and stress*. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (4), 447-460.
- Munro, Lyle. (2011). *'It's a Lot of Hard Work': The Experiences of Student-workers in University Term-time Employment*. Article from regional campus in Australia, Vol. 37, No 1, 33-47
- Myers, M. A. & Thompson, V. L. S. (2000). *The impact of violence exposure on African American youth in context*. *Youth & Society*, 32 (2), 253-67.
- Neves, A. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2000). A influência do auto-conceito e da ansiedade na saúde de estudantes universitários. In J.L. Pais-Ribeiro, I. Leal, & M. R. Dias (Eds.), *Actas do terceiro Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 67-88). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Oatley, K. (1992). *Best laid schemes: The psychology of emotions*. New York, NY: Cambridge University Press & Paris: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Ogden, Jane (2004). *Psicologia da Saúde: Manuais Universitários*, 11 (2ª Ed.). Lisboa:

Climepsi editores.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Mental health resources in the world: Initial results of Projet. ATLAS*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (Fact Sheet No 260, abril 2001).

Pereira, A.M.S. Vaz, A., Medeiros, J., Lopes, P., Melo, A., Ataíde, R. et al. (2004).

Características Psicométricas do Inventário do Stresse em Estudantes Universitários : Estudo Exploratório. In Machado, C., Almeida, L., Gonçalves, M. e Ramalho, V. (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos – Volume X*. Braga: Psiquilíbrios Edições, pp. 326-329.

Parreira, A. (2006). *Gestão do stresse e da Qualidade de Vida*. Lisboa: Monitor.

Rafael, M. G. (2006). *Estratégias de Coping e estima de si: Estudo comparativo entre os estudantes da Universidade do Algarve com e sem recurso à Ação Social*. Tese de Mestrado, Universidade do Algarve. Consultado em 19 Outubro de 2012, em <http://www.rogeriana.com/graca/tesemst/tesem01.htm>.

Rhenen. W., Shaufeli, W., Dijik, F., Blonk, R. (2008). *Coping and sickness absence*. In *Arch Occup Environ Health*, 81, 461–472. doi 10.1007/s00420-007-0238-4

Resapes (2002). *A situação dos serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior em Portugal* (vol. 1, 2 e 3). Lisboa: RESAPES.

Ribeiro, J., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do ways of coping questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4(XIX), 491-502.

Rosa, A. R. (2008). *Relação entre fontes de stress, estratégias de coping e rendimento académico: papel mediador e moderador da percepção de auto-eficácia geral dos cadetes da Escola Naval* (Tese de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da educação, Lisboa.

Ross, S. E., Niebling, B. C. e Heckert, T. M. (1999). Sources of stress among students. *College Student Journal*, 33 (2), 312-317.

Russh, A. & Weissenburger, J.(1996). *Biology and Cognitions in Depression: Does the mind know what the brain is doing?*. In Salkovskis, P., *Frontiers of Cognitive Therapy*. London: The Guilford Press

Santos, L., & Almeida, L. S. (2002), *Adaptação académica e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1º ano*. In C. C. Oliveira, J. P. Amaral, & T. Sarmiento (Orgs.), *Pedagogia em campus: Contributos* (pp. 51-70). Braga:

Universidade do Minho.

- Santos, L. (2001). Adaptação académica e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano. Braga: Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino Aprendizagem.
- Serra, A. V. (1999). O stresse na vida de todos os dias. Coimbra: Gráfica de Coimbra, lda.
- Silva, P. (2006). Perceção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no Fisioterapeuta (Tese de Mestrado). Goiânia: Universidade Católica de Goiás. Consultado em 15 Setembro, em http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=273
- Soares, A.P.C., & Almeida, L. S. (2002). Ambiente académico e adaptação a universidade: contribuição para a validação do Classroom Environment Scale. In A. S. Pouzada, L.S. Almeida & R. M. Vasconcelos (Eds), Contextos e dinâmicas da vida académica (pp. 175-193). Guimaraes: Universidade do Minho.
- Schafer, W. (1996). *Stress management for wellness*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Skinner, E. (2006). Coping assessment. *Portland State University*, pp. 239-286. Consultado em 20 de Outubro de 2012, em http://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu/psy/files/13_Coping_Assessment_Skinne r.pdf
- Spielberger, C. D. (1966). *Theory and research on anxiety*. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behaviour* (pp. 3-20). New York: Academic.
- Spielberger, C. D. (1989). *Stress and anxiety in sports*. In D. Hackfort & C D Spielberger (Eds.), *Anxiety in sports: An international perspective* (pp. 3-17). New York: Hemisphere.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *STAI Manual for the State- Trait Anxiety Inventory* ("Self Evaluation Questionnaire"). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists' Press.
- Steptoe, A. et al. (2007) *Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries*. International Journal of Behavior Medicine, v. 14, nº2, pp. 97-107.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto CA:

Consulting Psychologists.

- Vaez, M., & Laflamme, L. (2008). Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: a longitudinal study of Swedish university students. *Social Behavior and Personality*, 36 (2), 183-196.
- Veigas, J., & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress. O Portal dos Psicólogos. Consultado em 19 Outubro de 2012, em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0485.pdf>
- Vinay, A., Esparbès-Pistre, S., & Tap, P. (2000). *Attachement et stratégies de coping chez l'individu résilient*. La Revue Internationale de l'Éducation Familiale, 4 (1), pp. 9-35.
- Williams Dr, Williams-Morris, R. (2000). *Racism and mental health: the African American experience*. Ethnicity and Health, 5(3/4), pp: 243-268.
- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). *Adaptive and maladaptive coping*. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory , research, applications*. (pp.505-551). New Yourk: John wiley & Sons.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington: American Psychological Association.