

Prevalência de doenças crónicas em estudantes universitários portugueses: Relações com saúde percecionada e fatores de risco e proteção.

Cláudia Filipa Trindade Ferreira

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Professora Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes,
Professora Associada com Agregação,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

Co-Orientadora:

Professora Doutora Sibila Fernandes Magalhães Marques,
Professora Auxiliar,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

Outubro, 2024

Departamento de Psicologia Social e das organizações

Prevalência de doenças crónicas em estudantes universitários portugueses: Relações com saúde percecionada e fatores de risco e proteção.

Cláudia Filipa Trindade Ferreira

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Professora Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes,
Professora Associada com Agregação,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

Co-Orientadora:

Professora Doutora Sibila Fernandes Magalhães Marques,
Professora Auxiliar,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

Outubro, 2024

Agradecimento

A presente dissertação dita o fim de um percurso de cinco anos de estudos. Aliados aos estudos, a enorme vontade de seguir esta profissão, que tanto venero e respeito, ajudou-me a chegar até aqui. Não é o fim, mas o início de um sonho que ainda nem acredito estar a concretizar. Nesta jornada, foram muitas as pessoas que me acompanharam e acreditaram que eu era capaz, e foi graças a elas que tudo isto se tornou possível.

Quero agradecer, do fundo do meu coração, ao meu marido, Hugo Emídio, que nunca me deixou desistir e tornou este momento uma realidade. Aos meus sogros, pelo cuidado e apoio aos meus meninos.

Aos meus filhos, Manuel e José, por serem incríveis, os melhores filhos que poderia ter.

Aos meus pais, por acreditarem e por me dizerem sempre: “Nós estamos aqui, filha”.

Às minhas irmãs, Verónica e Margarida, por todas as palavras de apoio e por estarem sempre comigo. Aos meus cunhados e à minha sobrinha Bianca, que tanto me fizeram rir em momentos difíceis.

Às minhas colegas de licenciatura, Inês e Beatriz, pela ajuda e apoio. Às minhas colegas de mestrado, Catarina, Beatriz e Vera, que foram um pilar gigante em todo este processo.

A todos os que se cruzaram comigo e me disseram “Tu és capaz”, aos amigos e à família que estiveram sempre ao meu lado, e à Sara, de quem tanto gosto, o meu sincero obrigado.

Gostaria de expressar a minha gratidão a três mulheres incríveis que, de forma inconsciente, guiaram-me e ajudaram a descobrir este caminho: a Professora Inês Tomé, a Dra. Maria Pinto e a Dra. Carla Noivo. A todas, o meu sincero agradecimento.

Por fim, e não menos importante, um agradecimento especial à professora Sónia Bernardes e à professora Sibila Marques pela orientação, dedicação constante e pelo apoio prestado.

Resumo

As doenças crónicas são patologias de longa duração. São condições que têm de ser monitorizadas regularmente e não são curáveis. Cerca de 10 a 20% dos adolescentes em todo o mundo vivem com uma condição crónica. Estima-se que 30% dos estudantes universitários têm doenças crónicas e que estas têm um impacto em três domínios: o funcionamento psicológico, social e académico. O presente estudo teve como primeiro objetivo explorar a prevalência das doenças crónicas numa amostra de estudantes universitários. Trata-se de um estudo de carácter descritivo e exploratório que visou, em segundo lugar, avaliar a associação entre experiências de doenças crónicas, seja ela física e/ou mental, e diversos indicadores de saúde, nomeadamente a ansiedade, depressão, satisfação com a vida e saúde percecionada bem como fatores de risco/proteção (solidão, bem-estar psicológica, consequências da saúde física no trabalho, dor percecionada e interferência na dor no trabalho). Este foi um estudo com um desenho transversal e correlacional. Participaram neste estudo 740 estudantes do Iscte-Instituto Universitário de Lisboa (71,5%feminino; 27,6% masculino). Os participantes responderam a um questionário em formato online no âmbito do projeto Resilient@Uni, uma iniciativa do Iscte-Saúde. Os resultados indicam que estudantes diagnosticados com doença mental, ou com uma combinação de diagnóstico de doença física e mental, apresentam níveis significativamente mais altos de ansiedade, depressão e solidão, bem como uma menor satisfação com a vida e pior bem-estar psicológico. Em contraste, os estudantes sem doenças diagnosticadas ou apenas com doenças físicas reportaram menores níveis de sofrimento psicológico e maior qualidade de vida.

Palavras-chave: doenças crónicas, estudantes universitários, saúde mental, saúde física

Categorias e códigos da classificação PsycINFO:

3365 Promoção e manutenção da saúde e bem-estar

3300 Tratamento e prevenção de saúde e saúde mental

Abstract

Chronic illnesses are long-term conditions. They are conditions that must be regularly monitored and are not curable. Approximately 10 to 20% of adolescents worldwide live with a chronic condition. It is estimated that 30% of university students have chronic illnesses, impacting three areas: psychological, social, and academic functioning. The primary aim of the present study was to explore the prevalence of chronic illnesses in a sample of university students. This is a descriptive and exploratory study, which secondly aimed to evaluate the association between experiences of chronic illnesses, whether physical and/or mental, and various health indicators, namely anxiety, depression, life satisfaction, and perceived health, as well as risk/protective factors (loneliness, psychological well-being, consequences of physical health on work, perceived pain, and pain interference with work). This was a cross-sectional and correlational study. A total of 740 students from Iscte – University Institute of Lisbon participated in the study (71.5% female; 27.6% male). Participants responded to an online questionnaire as part of the Resilient@Uni project, an initiative of Iscte-Health. The results indicate that students diagnosed with mental illness, or with a combination of physical and mental illness diagnoses, show significantly higher levels of anxiety, depression, and loneliness, as well as lower life satisfaction and poorer psychological well-being. In contrast, students without diagnosed illnesses or only with physical illnesses reported lower levels of psychological distress and a higher quality of life.

Key words: chronic illnesses, university students, mental health, physical health

PsycINFO Classification Categories and Codes:

3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness

3300 Health & Mental Health Treatment & Prevention

Índice

Agradecimento	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Introdução	1
Capítulo 1. Revisão da Literatura	2
1.1. Doenças Crónicas	2
1.1.1. Doenças Crónicas- definição	2
1.1.2. Prevalência das doenças crónicas no Mundo, Europa e Portugal.	3
1.1.3. Doenças crónicas no início da adultícia: prevalência e impactos	5
1.1.4. Impacto das doenças crónicas nos estudantes universitários: Consequências económicas e sociais.	8
1.1.5. Indicadores de saúde e Fatores de Proteção na doença crónica	9
1.1.6. O Impacto das Doenças Crónicas no Bem-Estar e Desempenho Académico de Universitários	9
Capítulo 2. Método	13
2.1. Método	13
2.2. Participantes	13
2.3. Instrumentos	15
2.3.1. Generalized Anxiety Disorder (GAD_7) - Escala de Ansiedade	15
2.3.2. Patient Health Questionnaire (PHQ_9) - Escala de Depressão	16
2.3.3. UCLA Loneliness Scale (ULS_6) – Escala de Solidão	16
2.3.4. Satisfaction With Life Scale (SLWS_5)	17
2.3.5. Mental Health Inventory (MHI_5)	17
2.3.6. Health Survey Short Form (SF-36v2)	18

2.4. Procedimento	19
2.5. Análise de Dados	19
Capítulo 3. Resultados	21
3.1. Introdução	21
3.2. Prevalência de Doenças	21
3.3. Análise da relação entre Exposição à Doença e as características sociodemográficas	22
Capítulo 4. Conclusões	28
4.1. Discussão	28
4.2. Limitações	31
Referências Bibliográficas	34

Índice de Quadros

Tabela 2.1. Características sociodemográficas dos participantes	14
Tabela 3.1. Características descritivas da questão em aberto “Caso tenha alguma doença diagnosticada ou incapacidade diagnosticada, por um médico, por favor, indique qual ou quais:” (N=740)	21
Tabela 3.2. Descritivas da variável Exposição à Doença	22
Tabela 3.3. Descritivas entre a variável Exposição à doença e identificação de género	23
Tabela 3.4. Matriz de correlações das variáveis em estudo	24
Tabela 3.5 Resultados das estatísticas ANOVA	25

Introdução

A preocupação com a prevalência das doenças crónicas nos estudantes universitários tem sido cada vez mais o foco de investigações. A prevalência destas condições de saúde tem aumentado de forma significativa, afectando milhões de pessoas em diferentes idades e contextos sociais e económicos. Globalmente, estima-se que as doenças crónicas representem uma das principais causas de incapacidade e mortalidade; assim, são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes, sobretudo em países de médio e baixo rendimento (World Health Organization [WHO], 2023). Na Europa, a situação é idêntica, sendo as doenças crónicas responsáveis por 86% de todas as mortes na União Europeia. Em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2019), mais de 3,9 milhões de pessoas reportam conviver com pelo menos uma doença crónica, com uma prevalência mais acentuada nas mulheres. Estas doenças impactam profundamente a qualidade de vida e o bem-estar psicológico, exigindo adaptações constantes, não apenas dos pacientes, mas também das suas redes de apoio (Ferreira & Santana, 2003).

No contexto universitário, este fenómeno representa um desafio acrescido para os jovens adultos. Estudantes universitários com doenças crónicas, como a asma, a diabetes e as doenças autoimunes, frequentemente apresentam níveis mais elevados de ansiedade, solidão e dificuldades em manter uma rotina saudável devido ao impacto da doença (Magnusson & Patterson, 2019; Goodwin et al., 2016). A importância de estudar este tema reflete-se na fase de transição única que ocorre no início da vida adulta, com a entrada no mercado de trabalho e a definição de objetivos pessoais e profissionais. Este período de desenvolvimento, que exige novas responsabilidades e maior autonomia, torna os jovens condicionados e vulneráveis aos desafios associados à gestão da doença (Goodwin et al., 2016). Adicionalmente, o aumento das taxas de doenças crónicas, como a diabetes e a asma, entre jovens em idade universitária, reflete mudanças no estilo de vida e nos comportamentos de risco associados a este período de transição, como o sedentarismo, o consumo de álcool e as alterações nos padrões de sono (Kwan et al., 2013).

A investigação nesta área é crucial para o desenvolvimento de intervenções de suporte que sejam adequadas à realidade destes jovens.

CAPÍTULO 1

Revisão da Literatura

1.1. Doenças Crônicas

1.1.1. Doenças Crônicas- definição

As doenças crônicas são caracterizadas como patologias de longa duração e por norma têm uma progressão lenta. Estas requerem que sejam monitorizadas regularmente, ainda que não sejam curáveis. Tendencialmente, exigem intervenções médicas regulares, algumas podem exigir reabilitação e pode ser necessário um acompanhamento multidisciplinar, a fim de um controlo dos sintomas e a prevenção de complicações (Ferreira & Martins, 2019).

Os principais tipos de doenças crônicas são as doenças cardiovasculares (hipertensão, insuficiência cardíaca), cancro, doenças respiratórias crônicas (asma, Bronquite crónica), doenças reumáticas e musculoesqueléticas (artrite, fibromialgia), doenças renais crônicas, doenças hepáticas crônicas, doenças neurodegenerativas, distúrbios mentais e obesidade. Os indivíduos com estas patologias muitas vezes apresentam múltiplas doenças crônicas em simultâneo, designado por comorbilidade. Esta pode afetar e complicar o tratamento e a sua intervenção e, por sua vez, afetar a qualidade de vida e bem-estar psicológico e social (Vilhena et al., 2016).

De forma geral, estas doenças afetam pessoas de todas as idades, regiões e países, por vezes são associadas a pessoas com uma idade mais avançada, mas a verdade é que 17 milhões de mortes ocorrem antes dos 70 anos de idade, sendo que 86% acontecem em países de baixo e médio rendimento (World Health Organization [WHO], 2019). Estas doenças resultam de vários fatores de risco, tais como, dietas desequilibradas, falta de exercício físico, exposição ao fumo do tabaco e também ao envelhecimento da população (WHO, 2023). Contudo, estas doenças não são causadas por apenas um único fator, mas sim um combinar de vários, tais como, fatores genéticos, comportamentais e ambientais, sendo que estes aumentam o risco de desenvolvimento e agravamento das doenças (WHO, 2018). Os fatores genéticos referem-se, por exemplo, à diabetes tipo 2 e a alguns tipos de cancro, sendo que estes têm uma componente genética bastante forte que pode ser herdado de gerações anteriores. Os fatores comportamentais são resultado de um estilo de vida, salientando-se, por exemplo, uma alimentação inadequada ou consumo de tabaco e álcool, tendo um papel crucial na manifestação destas doenças. Por fim, os fatores ambientais referentes ao ambiente onde as pessoas se inserem, tais como a poluição ambiental, exposição a substâncias químicas e a falta de acesso

a cuidados de saúde, podendo agravar a prevalência destas doenças (Braveman & Gottlieb, 2014).

Uma vez que o tratamento destas doenças está orientado para o controlo de sintomas, os indivíduos que se encontram nesta situação referem sentir-se ansiosos e preocupados com o seu estado de saúde, visto terem de lidar com a imprevisibilidade da sua doença (Lebe et al., 2020). A experiência vivida por estes indivíduos pode representar um desafio significativo para a sua saúde mental, manifestando-se frequentemente através de níveis elevados de ansiedade e preocupação constante (Katon et al., 2020).

Estudos recentes referem que cada vez mais existem pessoas a viver com doenças crónicas, o que se traduz num desafio emergente global de saúde (Mair & Jani, 2020c). Estas condições de saúde são frequentemente relacionadas com interações entre condições biológicas, sociais, psicológicas e económicas (Singer et. al., 2017). Os sistemas de saúde existentes são limitados ao tratamento necessário a estas condições específicas, o que resulta num grande risco de efeitos adversos e indesejados (Skovgaard et. al., 2022). É deveras importante repensar num atendimento para estas pessoas, uma vez que se torna num desafio não só para elas, mas também para os profissionais de saúde, de forma a conseguirem promover os cuidados de saúde necessários (Manning & Gagnon 2017). Tem sido uma constante preocupação promover os cuidados primários e tem sido apontado como uma solução, através da implementação de um sistema de acompanhamento mais próximo e regular das pessoas com doenças crónicas, combinado com estratégias de prevenção e gestão para superar estes desafios (Mercer et al., 2016).

1.1.2. Prevalência das doenças crónicas no Mundo, Europa e Portugal.

A nível mundial, as condições de dor crónica provocam muitas incapacidades e uma redução da funcionalidade, salientando a dor lombar crónica como uma das principais causas mundiais de incapacidade e ausência no trabalho (Lim et. al., 2012). Segundo o Greenslade, L. (2020), as doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 18,6 milhões de mortes em 2019, enquanto que o cancro foi responsável aproximadamente 9,6 milhões de mortes, seguido pelas doenças respiratórias crónicas que atingiram 4,1 milhões de mortes, e a Diabetes, que registou 1,5 milhões de mortes.

Relativamente às diferentes regiões, conclui-se que em África existe um aumento significativo destas condições, especificamente a hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. Cerca de 85% destas mortes prematuras são causadas pelas doenças crónicas e tendem a ocorrer em países de baixo e médio rendimento (WHO, 2023). Na região do Sudeste

Asiático e no Pacífico Ocidental, as maiores preocupações centram-se nas doenças cardiovasculares, enquanto a diabetes deve-se especialmente a mudanças no estilo de vida, sendo que a prevalência é maior onde o acesso a cuidados de saúde de qualidade ainda é limitado (WHO, 2023).

De forma geral, o envelhecimento populacional e o aumento dos fatores de risco, tais como, o tabagismo, o sedentarismo e a má alimentação, são fatores que contribuem para um aumento da prevalência destas doenças em quase todas as regiões. Estes números indicam que, a menos que intervenções políticas e de saúde pública sejam intensificadas, a carga das doenças crónicas global irá aumentar drasticamente até 2050 (Global Burden of Disease Study, 2020). O World Economic Forum (2011) estimou que, até 2030, o custo cumulativo destas condições nos países de baixo e médio rendimento ultrapassará os 7 biliões de dólares.

A nível europeu, a Comissão Europeia (2020) relata que as doenças crónicas são responsáveis por 86% de todas as mortes na UE. A prevalência das doenças crónicas na Europa está a aumentar devido ao envelhecimento da população e a fatores relacionados com o estilo de vida. Estas doenças afetam cerca de 13% a 50% dos adultos no Reino Unido, dos quais 14,3% apresentam dor incapacitante moderada a grave (Fayas et. al., 2016). Cerca de 14% das crianças na Holanda crescem com uma doença crónica e 90% destas encontram-se elegíveis para obter um apoio ao abrigo do regime para jovens com deficiência, que consta de um apoio no rendimento, mas também apoio na procura de emprego, e caso seja necessário, apoio no local de trabalho (Verhoof et al., 2014).

Países do norte da Europa, como a Suécia, têm uma prevalência de 30% da população, muito idêntico ao que acontece na Noruega com 33%. A prevalência é também elevada, mas as estratégias de prevenção e gestão destas condições crónicas, incluindo sistemas de cuidados integrados, programas de autogestão, acesso universal aos cuidados de saúde e medidas de prevenção proativa, estas abordagens têm demonstrado resultados positivos (“Health at a Glance: Europe 2020,” 2020b).

Já em Portugal, um estudo referente a uma população residente em 2015, com idades compreendidas entre 25 e os 74 anos, mostrou que 3.9 milhões de indivíduos relatam ter pelo menos uma doença crónica. Sendo mais frequente nas mulheres, com uma percentagem de 62%, e nos indivíduos com menos escolaridade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019). Em 2019, 41% da população portuguesa com idade igual ou superiores a 16 anos relatou sofrer de pelo menos uma doença crónica (OCDE, 2021). E, ainda em 2021, a prevalência de doença crónica afetou 43.9% da população com 16 ou mais anos (OCDE, 2021).

Segundo os dados atualizados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2024) as doenças crónicas são responsáveis por 87% das mortes em Portugal, sendo 29% causadas por doenças cardiovasculares, 26% cancro, 8% doenças respiratórias crónicas, 4% diabetes e 20% outras. Existe em Portugal um aumento da prevalência destas condições de saúde, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte, o que representa mais de 27% de todas as mortes em 2020 (OCDE, 2023).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2018), Portugal enfrenta um peso significativo das doenças crónicas. As doenças crónicas mais prevalentes em Portugal são as doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias. Ainda assim, Portugal tem das taxas mais baixas de hospitalização para tratamento de doenças que requerem cuidados de ambulatório, o que nos indica uma eficaz gestão das doenças crónicas nas unidades de ambulatório. Em 2019, a taxa combinada de hospitalização por diabetes, asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) foi quase de 60% inferior à média da União Europeia (UE). A diminuição das hospitalizações por asma e DPOC entre 2020 e 2021 deve ser interpretada no contexto da perturbação causada pela pandemia que afetou o comportamento da procura de cuidados de saúde, sendo que estas reduções não devem ser interpretadas como uma melhor acessibilidade ou qualidade para estas doenças crónicas nas unidades de cuidados ambulatoriais (Silva, 2018). Estes dados revelam que as doenças crónicas têm um impacto crescente na população. Em específico, estas condições apresentam desafios adicionais, quando afetando assim o bem-estar, o desempenho académico e as interações sociais (Silva, 2018).

1.1.3. Doenças crónicas no início da adultícia: prevalência e impactos

Segundo a World Health Organization, a maioria dos jovens revela um bom estado de saúde, mas ainda assim as morbilidades destes jovens apresentam valores preocupantes que carecem de atenção no sentido de reduzir o risco de doença (WHO, 2019). Cerca de 10 a 20% dos adolescentes em todo o mundo vivem com uma condição crónica, como asma, diabetes tipo 1, doenças cardíacas congénitas e doenças autoimunes (Magnusson & Patterson, 2019). Gazibara e colaboradores (2018), mencionam que a prevalência das doenças crónicas nos estudantes universitários é de 16.5%, sendo as mais frequentes a asma (4.2%) e a bronquite crónica (3.1%), não existindo diferenças entre os sexos.

A asma é uma das doenças crónicas mais comum entre os jovens e atinge cerca de 10% dos adolescentes (Ramakrishnan et al., 2020). Estas condições crónicas além de afetarem a saúde física dos jovens, afetam também o seu bem-estar psicológico e social (Currie et al., 2009). Na transição para o ensino superior, estima-se que 30% dos estudantes universitários

têm doenças crônicas ou alguma necessidade de cuidados especiais, além de assumirem responsabilidades acadêmicas e sociais, estes jovens têm de se responsabilizar pela sua própria saúde (Gazibara et al., 2018). É ainda referido que a presença de doenças crônicas tem influência nos resultados académicos, que se revelam mais baixos (Crump et al., 2013). Estudos anteriores referem que, por exemplo, a dor crónica está associada ao absentismo no ensino superior e por sua vez a um pior relacionamento social e qualidade de vida (Hunfeld et al., 2001).

São vários os fatores que levam a uma maior prevalência das doenças crônicas nesta fase da vida destes jovens. Muitos estudantes universitários adotam hábitos alimentares pouco saudáveis, aumentando o consumo de fast food, fazem um consumo maior de bebidas açucaradas, bem como o aumento do consumo de álcool e tabaco (Kwan et al., 2013). Estes comportamentos levam a um aumento do risco de obesidade (Deliens et al., 2014), e a uma diminuição da atividade física (Deforche et al., 2015), salientando que a pressão académica e os novos ambientes sociais podem levar a níveis maiores de stress (Robotham & Julian, 2006). Por último a alteração dos padrões de sono habituais ou a privação do mesmo (Lund et al., 2010).

A idade adulta emergente compreende os jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos, e é considerada uma fase de desenvolvimento bastante particular, pois ocorrem mudanças a nível neurológico e existe uma exploração/formação de identidade e necessidade de experienciar diversas possibilidades, especialmente no amor, trabalho e visões do mundo (Arnett, 2014). Esta fase é um período de transição que leva à vida adulta e que não está igualmente disponível para todos os jovens, podendo ainda variar consoante o grau de exploração que escolhem seguir. É determinado por terem um espaço mais amplo de possíveis atividades a explorar em comparação a outras fases de desenvolvimento. Um dos critérios mais importantes para a transição da vida adulta são as qualidades individuais, tais como, responsabilidade, decisões independentes e independência financeira (Arnett, 2000).

Por outro lado, existem outras descobertas nesta fase de desenvolvimento que são menos protetoras do indivíduo, como os comportamentos de riscos (por exemplo, relações sexuais desprotegidas, uso de substâncias e comportamentos de condução arriscados) que fazem parte das suas explorações de identidade e são reflexo do desejo de obter uma ampla diversidade de experiências antes de estabelecer as responsabilidades da vida adulta, dado que são exploradas de forma mais livre que os adolescentes por estarem menos propensos a uma elevada supervisão por parte dos pais (Arnett, 2000). Na fase Adulta, é expectável ser profissionalmente ativo e

constituir uma nova família, contudo, verificam-se mudanças na atualidade, tendo esta fase transitado para os jovens adultos. A instabilidade profissional e a necessidade do prolongamento dos estudos universitários, as diferentes formas em que estas mudanças podem ocorrer, obrigam a que estes jovens transitem para a idade adulta, surgindo assim a figura de adulto em transição, designada por o adulto emergente (Andrade, 2012).

A importância que cada indivíduo coloca nos diferentes problemas da vida pessoal é bastante variável de indivíduo para indivíduo, ainda que tenham o mesmo diagnóstico. Por norma, quando estes são diagnosticados com uma doença crónica desenvolvem um padrão organizado de crenças sobre a sua condição (Hagger et al., 2017). São estas representações da doença, muitas vezes, que influenciam a resposta emocional e ainda à forma como aderem ao tratamento e encaram a sua condição de saúde (Hoving et al., 2010). Segundo Evers e colaboradores (2001), geralmente a forma como o indivíduo encara a sua situação e pensa sobre a doença é responsável pelas diferenças individuais do seu estado de saúde e psicológico. Os autores referem ainda que pacientes que mencionam níveis altos de solidão e baixos níveis de aceitação da doença dão maior ênfase aos aspetos negativos da sua condição.

Neste sentido, estas fases revelam-se bastante desafiadoras e a investigação tem vindo a demonstrar que para indivíduos com doenças crónicas, atingir esses estágios de desenvolvimento pode ser um desafio, salientando ainda que independentemente do seu diagnóstico, estes indivíduos são sempre mais limitados na sua vida quotidiana (Verhoof et al., 2014). Maslow e colaboradores (2011) afirmam que adolescentes e jovens adultos com doenças crónicas muitas vezes seguem padrões de desenvolvimento atípicos em comparação com os seus pares sem esta condição. Os mesmos correm o risco de maus resultados educacionais, vocacionais e sociais na vida adulta.

A transição para o ensino superior implica múltiplas mudanças e é necessário saber conciliar os interesses pessoais com os novos contextos com que o indivíduo se depara, quer sejam familiares, sociais ou escolares (Guimarães et al., 2017). O tempo que é dedicado à vida académica faz com que a preocupação com o estilo de vida saudável seja deixada para segundo plano (Faustino, 2018). Ainda, é referido pelos jovens universitários que o seu estilo de vida piorou depois do ingresso ao ensino superior (Alcântara da Silva et al., 2015). Vários fatores podem ser responsáveis pelo pior estado de saúde destes jovens, tais como, alimentação inadequada, sedentarismo, hábitos de consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas, relações sexuais desprotegidas (Guimarães et al., 2017). Segundo Vankim e colaboradores (2010) torna-se importante investir na promoção de hábitos de vida saudáveis, através de

programas no ensino superior, dado que o contexto universitário revela-se importante para uma intervenção e promoção ao bom desenvolvimento dos comportamentos de saúde e prevenção de doenças crónicas.

Existem fatores protetores que podem ajudar na prevenção ou no atenuar destas condições de saúde. Neste sentido, se os estudantes tiverem acesso a informação e educação sobre saúde, a redes sociais de apoio e suporte para os acompanhar e ajudar a gerir o stress e promover comportamentos saudáveis (Holt-Lunstad et al., 2010), se participarem em programas de atividade física de forma a promover o exercício regular e reduzir o risco do sedentarismo (Keating et al., 2005), se tiverem o acesso a recursos de saúde mental (Conley et al., 2017), bem como a programas de promoção da saúde que apoiem estilos de vida saudáveis nas universidades (Compen et al., 2017), vai ajudar a que estes jovens tomem decisões informadas sobre a sua saúde (Plotnikoff et al., 2015).

1.1.4. Impacto das doenças crónicas nos estudantes universitários: Consequências económicas e sociais.

Nos adultos, as doenças crónicas por vezes resultam em perda de trabalho e redução de produtividade, além de a sua qualidade de vida ser afetada. Especificamente nos estudantes, pode existir declínios no desempenho académico e na sua vida social (Silva et al., 2022). Quando o individuo se encontra nesta nova realidade, precisa de se adaptar e com isto pode levar a vivenciar mais situações de stress e ansiedade, tais como, sintomas físicos, possíveis internamentos e alterações no ambiente familiar. (Cerqueira et al., 2022). Esta necessidade de se adaptar às novas adversidades do dia-a-dia pode levar a situações mais desafiantes e stressantes para o individuo, podendo constituir um risco acrescido para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Herts, Wallis & Maslow, 2014).

O impacto económico global das doenças crónicas é substancial. Este impacto económico deve-se à diminuição da produtividade, ao aumento dos custos de saúde e às mortes prematuras. Relativamente à Europa, o impacto económico das doenças crónicas é significativo. De acordo com a Health at a Glance 2019 (2019b) as doenças crónicas representam 70-80% dos custos de saúde nos países da UE, o que se traduz em cerca de 700 mil milhões de euros anualmente. Por fim, em Portugal um estudo de Damm et al. (2021) estimou que o custo total das doenças crónicas em Portugal foi de 9,5 mil milhões de euros em 2015, equivalente a 5,5% do PIB do país.

1.1.5. Indicadores de saúde e Fatores de Proteção na doença crónica

O conceito de bem-estar subjetivo é cada vez mais reconhecidos na gestão destas doenças. Este conceito é definido como a avaliação cognitiva e afetiva que cada indivíduo faz da sua própria vida (Diennet et al., 2016), e tem vindo a evoluir ao longo dos anos. Inicialmente, considerava-se fazer parte da satisfação de necessidades através de bens materiais e, agora, dá-se importância à satisfação com o trabalho, à autonomia, saúde, família e relações sociais (Galinha et al., 2012). As doenças crónicas, como diabetes, doenças cardiovasculares e doenças autoimunes, são frequentemente acompanhadas por dor, limitações físicas e alterações no estilo de vida, o que pode levar a uma diminuição do bem-estar subjetivo (Cross et al., 2018).

O impacto emocional das doenças crónicas difere bastante entre os indivíduos, sendo que uns conseguem manter níveis de bem-estar-subjetivos elevados e outros experienciam alguns sintomas de ansiedade e depressão (Hackett et al., 2019). Isto difere devido à perceção que cada indivíduo tem da sua condição de saúde e ainda a forma como cada um consegue lidar com as adversidades, o que consequentemente influencia na avaliação de vida (Murray et al., 2013). A acrescentar, o papel do suporte social pode atuar como um fator protetor e, por sua vez, melhorar o bem-estar subjetivo nos indivíduos com doenças crónicas (Uchino, 2009). Além disto, o uso de técnicas de relaxamento e intervenções psicoterapêuticas podem ajudar na melhoria da saúde mental (Kabat-Zinn, 2003).

1.1.6. O Impacto das Doenças Crónicas no Bem-Estar e Desempenho Académico de Universitários

A dor crónica é reconhecida como um dos grandes problemas de saúde pública e afeta milhões de pessoas pelo mundo. Esta dor tem um impacto na vida dos indivíduos, seja na rede social ou no sistema de saúde. O modelo biopsicossocial defende o que é considerado como essencial na dor, fornecendo uma estrutura explicativa de como diferentes doenças resultam da interação de fatores biológicos, sociais e psicológicos (Dueñas et al., 2016).

Um estudo desenvolvido por Gatchel et al., (2007) revelou que a dor persistente pode ter consequências significativas na saúde física dos estudantes, além de que provoca a diminuição da qualidade do sono, fadiga crónica e diminuição da função imunitária, o que leva a um aumento do risco de doenças cardiovasculares. Os estudantes que reportam dor persistente têm uma probabilidade três vezes maior de desenvolver perturbações de ansiedade ou depressão ao longo do seu percurso académico (Henderson & Colberg 2018). Outros estudos defendem

que existe uma relação bidirecional entre a dor e stress elevado, o que por sua vez agravava a experiência de dor (Smith et al., 2020).

A falta de investigação que explore o tema da prevalência das doenças crónicas nos estudantes universitários, pode levar a que estes indivíduos não se sintam representados (Hale, 2018), e, consequentemente, podem ser mal compreendidos, rejeitados ou ter uma representação social negativa, o que indica a necessidade de investigar profundamente (Hamilton, 2021).

Um estudo de Kaushansky e colaboradores (2017) revelou que os jovens com doenças crónicas, maioritariamente não as revelam aos seus pares, com medo de serem rejeitados ou por receio que estes sintam pena deles. Segundo Dennis e colaboradores (2005), o apoio dos pares revelou-se significativamente importante nos resultados académicos no ensino superior, e ainda, Gibson (2012) enfatiza a importância do apoio social e da inclusão para facilitar boas experiências, sugerindo que os resultados académicos podem ser piores quando estes alunos são rejeitados ou desacreditados em relação à doença.

O impacto das doenças crónicas nos estudantes universitários foi demonstrado em pesquisas (Jang & Park, 2021) através de três domínios: o funcionamento psicológico, social e académico. Os resultados mostraram que a maioria dos estudantes com dor crónicas enfrentam maiores desafios em comparação aos estudantes sem esta condição. Em específico, os resultados relatados nesta revisão referem que a qualidade de vida destes estudantes é significativamente pior e que por sua vez apresentam níveis mais elevados de stress relacionado com o trabalho, reconhecimento social e isolamento.

A relação entre as doenças crónicas e o bem-estar nos estudantes é um tema de crescente relevância, uma vez que estas condições de saúde podem impactar significativamente a qualidade de vida, a saúde mental e o desempenho académico. As doenças crónicas, tais como a asma, diabetes e doenças autoimunes, impõem desafios constantes ao bem-estar físico e emocional dos estudantes, exigindo uma adaptação contínua às exigências académicas e sociais, o que pode aumentar os níveis de stress e ansiedade (Pengpid & Peltzer, 2020b). Estudos indicam que a convivência com uma doença crónica está associada a níveis mais elevados de ansiedade e depressão, fatores que afetam negativamente o bem-estar geral dos estudantes. Estes indivíduos tendem a enfrentar limitações no seu envolvimento em atividades físicas e sociais, o que pode resultar num isolamento social, prejudicando o seu bem-estar emocional. Além disso, a gestão dos sintomas da doença e os tratamentos podem interferir com o

rendimento académico, criando um ciclo de dificuldades que reforça o impacto emocional negativo (Scheef et al., 2020).

Estes estudantes, muitas vezes, enfrentam barreiras adicionais na sua vida académica e social, tais como a dificuldade em acompanhar o ritmo das aulas e atividades extracurriculares devido à necessidade de tratamentos médicos ou sintomas incapacitantes, como dores ou fadiga crónica (Gualano et al., 2020b). Além disso, o suporte social desempenha um papel crucial na mitigação dos impactos das doenças crónicas no bem-estar dos estudantes. Estudos mostram que estudantes com fortes redes de apoio social, sejam familiares, amigos ou colegas, apresentam melhores níveis de bem-estar, apesar da convivência com uma doença crónica (Jamner et al., 2004b). O suporte dos colegas e professores também pode ajudar a melhorar o desempenho académico, permitindo adaptações nas exigências curriculares e fornecendo o apoio emocional necessário para lidar com o stress associado à condição de saúde (Scholl & Schmitt, 2009).

O papel das universidades é igualmente crucial. Instituições de ensino superior devem proporcionar recursos adequados para apoiar estudantes com doenças crónicas, incluindo serviços de aconselhamento psicológico e suporte académico adaptado (Schroeder & Cenkci, 2019c). A criação de um ambiente inclusivo, com políticas que garantam a acessibilidade e flexibilidade no cumprimento das exigências académicas, pode fazer uma diferença significativa no bem-estar geral destes estudantes (WHO, 2019).

Em conclusão, a presença de uma doença crónica nos estudantes afeta diretamente o seu bem-estar, tanto físico quanto emocional, tendo implicações no seu desempenho académico e nas suas relações sociais. A atenção a esta relação e a implementação de estratégias de apoio são fundamentais para assegurar que estes estudantes possam prosperar no contexto académico, melhorando a sua qualidade de vida e saúde mental.

O presente estudo tem como objetivo explorar a prevalência das doenças crónicas numa amostra de estudantes universitários. Trata-se de um estudo de carácter descritivo e exploratório que visou, em segundo lugar, avaliar a associação entre experiências de doenças crónicas, seja ela física e/ou mental, e diversos indicadores de saúde, nomeadamente a ansiedade, depressão, satisfação com a vida e saúde percecionada bem como fatores de risco/proteção (solidão, bem-estar psicológica, consequências da saúde física no trabalho, dor percecionada e interferência na dor no trabalho).

Delinearam-se, assim, o seguinte conjunto de questões: I- Qual é a prevalência de doenças crónicas mentais e físicas nos estudantes universitários? II- Quais as diferenças entre

os estudantes sem doença, com doença física, com doença mental ou ambas as condições nos diferentes indicadores de diversos indicadores de saúde, nomeadamente a ansiedade, depressão, satisfação com a vida e saúde percecionada bem como fatores de risco/proteção (solidão, bem-estar psicológica, consequências da saúde física no trabalho, dor percecionada e interferência na dor no trabalho)?

CAPÍTULO 2

Método

2.1. Método

A presente dissertação está inserida no projeto Resilient@UNI, desenvolvido pelos grupos de investigação Health For All (H4A) e Community, Education and Development (CED), ambos inseridos no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS) e que teve como objetivo avaliar as necessidades de saúde e bem-estar dos estudantes do Iscte, com vista ao desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde em contexto universitário. A recolha foi feita através de questionários online desenvolvidos na plataforma *Qualtrics*. Neste trabalho, apenas são utilizados alguns indicadores de um conjunto mais amplo de medidas.

2.2. Participantes

Uma vez que esta dissertação está inserida no projeto Resilient@Uni, através do programa SPSS, as bases de dados foram feitas em diferentes datas foi feita e foram integrados numa mesma base. Resultando assim numa amostra no total de 1099 participantes, sendo excluídos 359 por falta de preenchimento da totalidade do questionário, por não aceitarem o consentimento informado ou por já terem participado num dos momentos de recolha.

A amostra final resultou em 740 participantes. Como conseguimos observar na tabela 1.1, na sua maioria os participantes eram mulheres ($n = 529$; 71,5%) e com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos ($M = 27,30$; $DP = 10,25$). A maioria dos participantes era solteiro ($n = 616$, 83,2%), não tinha filhos ($n = 630$, 85,1%) e de nacionalidade Portuguesa ($n = 675$, 91,2%) e 24,2% dos participantes vivia com o cônjuge ou companheiro/a, 8,1% referiu que viveu sozinho. A maioria dos participantes relatou não ter nenhum tipo de atividade profissional ($n = 441$, 59,6%), ainda assim 27,3% dos participantes relatou ter uma atividade profissional a tempo inteiro ($n = 202$) e 13,0% a tempo parcial ($n = 96$). Acrescentar que a maioria dos estudantes referiu não ter nenhum estatuto especial ($n = 556$, 75,1%), apenas 16,8% dos estudantes indicaram o estatuto especial de Trabalhador-Estudante ($n = 124$), 3,9% relataram ter o estatuto especial de Estudante internacional ($n = 29$), 1,8% o estatuto especial de Estudante com necessidades educativas especiais ($n = 13$), apenas 4 participantes relataram ter o estatuto especial de Estudante atleta de alto rendimento (0,5%) e ainda para o estatuto especial de Estudante dirigente associativo jovem ($n = 4$, 0,5%) e por fim 3 participantes referiram o estatuto especial de Estudante grávida, puérpera, lactante e mãe e pai estudante cujos filhos

tenham até 3 anos de idade. No que se refere ao ciclo de estudos dos participantes, 46,2% encontravam-se a frequentar a licenciatura ($n = 342$), seguindo-se o mestrado ($n = 291$, 39,3%) e 13,1% o Doutoramento ($n = 97$).

Tabela 2.1

Características Sociodemográficas dos Participantes

	n	%
Género		
Feminino	529	71,5
Masculino	204	27,6
Outro	6	0,8
Nacionalidade		
Portuguesa	675	91,2
Outra	71	9,6
Estado Civil		
Solteiro/a	616	83,2
Casado/a	99	13,4
Divorciado/a	23	3,1
Viúvo/a	1	0,1
Filhos		
Sim	109	14,7
Não	630	85,1
Atividade Profissional		
Sim, tempo parcial	96	13
Sim, tempo inteiro	202	27,3
Não	441	59,6
Habilitações Literárias		
Licenciatura	342	46,2
Mestrado	291	39,3
Doutoramento	97	13,1
Outro	10	1,4

N= 740

No presente estudo foi realizada uma análise de conteúdo, onde utilizou-se uma abordagem indutiva, isto é, através das respostas dos participantes conseguiu-se perceber qual o número de unidades por categoria. Inicialmente foi criado um documento word onde se fez o registo exaustivo de todas as unidades dos dados obtidos. Após o registo confirmou-se se as unidades pertenciam à categoria referida com a ajuda de pesquisa de definição de conceitos e procedeu-se à contagem e registo da mesma em cada categoria.

2.3 Instrumentos

O presente estudo é um estudo transversal, correlacional de metodologia mista. Por um lado, utiliza uma análise qualitativa à questão “Caso tenha alguma doença ou incapacidade diagnosticada por um médico, por favor indique qual ou quais”. Foi utilizado o método de análise de conteúdo. É um método habitual na investigação empírica realizada pelas ciências humanas e sociais (Vala, 2005). E ainda, traduz-se numa forma de examinar e interpretar de forma cuidada, detalhada e sistemática um corpus particular de material qualitativo numa tentativa de identificar padrões, temas, enviesamentos e significados (Berg & Lune, 2012). Por outro lado, são utilizadas metodologias quantitativas para avaliar as associações entre a experiência de dor crónica e as variáveis relativas a outcomes de saúde (ansiedade, depressão, satisfação com a vida e saúde percecionada) e processos de risco e proteção da saúde (solidão, bem-estar psicológico, consequências da saúde física no trabalho, dor percecionada e interferência da dor no trabalho). A descrição dos instrumentos que avaliam cada uma das variáveis acima referidas são descritos seguidamente.

2.3.1. Generalized Anxiety Disorder (GAD_7) - Escala de Ansiedade

A ansiedade é um dos transtornos mentais mais comuns, esta escala é uma ferramenta válida e eficiente para a triagem de Transtorno de Ansiedade Generalizada, (Spitzer et. al., 2006).

Para medir a ansiedade foi utilizada a versão portuguesa da escala GAD-7, é um instrumento de triagem e avaliação usado para medir a gravidade dos sintomas de ansiedade generalizada, tendo como principal objetivo identificar e quantificar a intensidade dos sintomas.

A escala da versão portuguesa é composta por 7 itens, avaliados por uma escala de Likert entre 0- Nunca; 1- Em vários dias, 2- Em mais de metade do número de dias e 3- Em quase todos os dias e com exemplos de questões como: “Fui incapaz de parar de me preocupar ou de

controlar as preocupações” e também “Tive dificuldade em relaxar”, a escala foi medida através do somatório da pontuação dos 7 itens da versão portuguesa, sendo que os valores mais elevados correspondem a sintomas mais graves de ansiedade (Spitzer et. al., 2006). Esta escala já foi replicada em vários estudos portugueses, em específico no artigo de Sousa et. al., (2015) que obteve um excelente alfa de Cronbach para os sete itens do GAD de 0.88 (Sousa et.al., 2015). Na presente amostra o score foi calculado pela soma dos itens (varia entre 0 a 21), indicando que quanto maior pontuação, maior ansiedade, sendo o valor do alfa da escala de GAD-7 apresentou um valor excelente ($\alpha = 0.927$).

2.3.2. Patient Health Questionnaire (PHQ_9) - Escala de Depressão

A depressão é um transtorno de saúde mental que afeta o humor que resulta numa sensação persistente de tristeza e perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas. Pode interferir significativamente no funcionamento diário e assim comprometendo os aspetos emocionais, cognitivos e físicos (Grant et al., 2015)

O questionário de Saúde do Paciente (PHQ) é um instrumento de diagnóstico que se baseia no The primary Care Evaluations Of Mental Disorders, o instrumento é composto por 9 questões que permite avaliar os sintomas de depressão e a gravidade dos mesmos, que pontua como 0=Nem um pouco a 3 = Quase todos os dias. Em estudos anteriores este instrumento apresenta um alfa de Cronbach muito bom ($\alpha = 0.89$) (Kroenke et. al., 2001). A versão Portuguesa desta escala mantém os 4 pontos de escala e os participantes reportam os sintomas presentes nas últimas duas semanas “Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetado/a por algum dos seguintes problemas...”. Pontuação mais alta está associada a uma depressão severa (varia entre 0 a 27), o score foi calculado pela soma total dos itens, com um alfa de .88 (Monteiro et al., 2019). Em estudos anteriores, esta escala apresentou um alfa muito bom ($\alpha = 0.88$), o mesmo acontece com a amostra em estudo ($\alpha = 0.88$).

2.3.3. UCLA Loneliness Scale (ULS_6) – Escala de Solidão

A solidão é definida como uma sensação subjetiva de isolamento, mesmo quando o indivíduo está rodeado de outras pessoas. Este sentimento ocorre quando existe discrepância percebida entre as ligações sociais desejadas e as ligações sociais efetivas e um indivíduo (Cacioppo & Hawkley, 2009).

A escala de Solidão tem como objetivo medir sentimentos de solidão, a versão original é composta por 20 itens que refletem como os indivíduos descrevem a sua experiência (Russel, 1996). A escala revelou boas qualidades psicométricas no passado ($\alpha = 0.77$) (Neto, 1992).

Neste presente estudo para calcular a consistência interna da escala, recodificou-se, o item ULS_02 “Sinto que faço parte de um grupo de amigos” invertendo sua a pontuação obtendo-se um alfa com boa confiabilidade ($\alpha = 0.85$).

2.3.4. Satisfaction With Life Scale (SLWS_5)

A satisfação com a vida é definida como a avaliação cognitiva e global que um indivíduo faz sobre a qualidade da sua própria vida de acordo com critérios pessoais (Diener et al., 1985b). Para medir a satisfação com a vida utilizou-se a Satisfaction with Life Scale (SLW-5). Esta escala teve como objetivo avaliar a percepção do participante sobre a satisfação com a vida, revelando boas qualidades psicométricas em estudos anteriores quer internacionais (Diener et al., 1985b), como nacionais (Simões, 1992). A validação para a população portuguesa manteve o mesmo número itens, apenas traduzidos como por exemplo “As minhas condições de vida são muito boas” tendo como hipóteses de respostas 1= Discordo Muito, 2=Discordo um pouco, 3= Não concordo, nem Discordo, 4= Concordo um pouco e 5=Concordo. O score da escala é interpretado através da média dos itens, sendo que quanto maior a média mais os indivíduos se encontram satisfeitos com a vida. Na presente amostra, para a presente escala obtemos um alfa de .830.

2.3.5. Mental Health Inventory (MHI_5)

Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de avaliar aspetos relacionados à saúde mental, especificamente a presença de sintomas de ansiedade, depressão e uma visão geral do estado de bem-estar psicológico do indivíduo (Berwick et al., 1991)

Este é um questionário de autoresposta que inclui 38 itens divididos entre duas escalas para medir o Distress psicológico e o Bem-estar psicológico. Os 38 itens são divididos em cinco escalas (Ansiedade 10 itens, Depressão 5 itens, Perda de Controlo Emocional/Comportamental, com 9 itens, Afeto Positivo com 11 itens e por fim Laços Emocionais com 3 itens). São pontuadas numa escala ordinal de 5 ou 6 posições, onde valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental. Estudos anteriores revelaram uma alta confiabilidade ($\alpha = 0.92$) (Veit & Ware 1983). No estudo de Ribeiro (2001) foi desenvolvida uma versão reduzida de cinco itens, sendo uma versão rápida que pode ser utilizada isoladamente como teste de rastreio, inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34 do MHI três itens pertencem à escala de Distress e dois à escala de Bem-estar Positivo. Para a versão reduzida da escala, o MHI-5, o alfa de cronbach foi de 0.80, o que significa uma confiabilidade aceitável (Ribeiro, 2001). Para calcular o alfa neste estudo procedeu-se à inversão do item MHI5_17 (“Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu

calmo/a e em paz?” e o item MHI5_34 “No último mês durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?”). Cada item é pontuado numa escala ordinal de 1 a 6, sendo que estes dois itens anteriormente referidos foram contados de forma invertida. Após a inversão dos itens da escala obteve-se uma boa confiabilidade interna ($\alpha = 0.88$).

2.3.6. Health Survey Short Form (SF-36v2)

Esta escala tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, o instrumento contém 36 itens que avaliam 8 dimensões: Funcionalidade física; Limitações de papel devido à saúde física; Dor; Saúde geral; Vitalidade; Função social; Limitações de papel devido à saúde emocional e por fim Saúde mental. Consoante as dimensões avaliadas, as respostas variam entre escalas de Likert 3 a 6 pontos. Cada pontuação era avaliada separadamente e no fim dão uma visão geral da saúde (Ware & Sherbourne, 1992).

A escala validada e traduzida para o português mantém as mesmas dimensões e com uma razoável consistência interna, o alfa de Cronbach varia entre 0.60 a 0.87. Neste estudo em específico, utilizou-se o item que avaliar a “Saúde Percecionada” com a seguinte questão “Em geral, diria que a sua saúde é:” com cinco hipóteses de resposta (Excelente que corresponde a 1, Muito Boa a 2, Boa 3, Razoável 4 e por fim Fraca- 5), onde valores mais altos indicam pior percepção de saúde. O item relativo à “Dor percecionada” tendo como questão “Durante as últimas quatro semanas teve dores? com 6 hipóteses de resposta (Nenhuma corresponde a 1, Muito Fracas a 2, Ligeiras a 3, Moderadas a 4, Fortes a 5 e por fim Muito Fortes correspondia a 6) valores mais altos indicam maior intensidade de dores. A escala sobre às “Consequências Saúde Física no trabalho” onde é questionado “Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, como consequência do seu estado de saúde físico?, Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...”, corresponde à dimensão Desempenho físico composta por 4 itens e cada um com cinco hipóteses de resposta, (Nunca corresponde a 5, Pouco tempo a 4, Algum tempo a 3, A maior parte do tempo a 2 e sempre corresponde a 1) estes 4 itens foram invertidos de forma a que os valores mais elevados correspondiam a maiores consequências da saúde física no trabalho/atividades diárias, com uma boa confiabilidade ($\alpha = 0.85$). Por fim, SF08 intitulada de “A interferência da dor no trabalho” que corresponde à dimensão de Dor Corporal, “Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?” com cinco hipóteses de resposta (Absolutamente nada corresponde a 1, Pouco a 2, Moderadamente a 3, Bastante a 4 e Imenso corresponde a 5 pontos) sendo que valores mais elevados correspondem a uma maior interferência (Ferreira e Santana 2003).

2.4. Procedimento

Para a realização deste estudo, o Conselho Pedagógico do ISCTE enviou um e-mail a todos os estudantes, onde foi disponibilizado em dois tempos diferentes o primeiro em 2021 e depois novamente em 2022, um questionário em formato online sobre saúde no contexto de pandemia de COVID-19. O consentimento informado foi apresentado na página inicial no questionário. A participação deste estudo foi voluntária, anónima e confidencial. Também não envolveu qualquer compensação, sendo esta informação explícita no consentimento informado. O questionário iniciava com um breve enquadramento e com os objetivos gerais do estudo, sendo depois apresentadas as condições de participação no estudo, como por exemplo o anonimato dos participantes e das instituições e a confiabilidade dos dados recolhidos. Depois foi apresentado um bloco com breves questões sociodemográficas, seguidamente foram apresentadas as diferentes escalas que permitem operacionalizar os constructos em estudo. E, por fim foi apresentado um *debriefing* onde incluiu um agradecimento pela participação. O presente estudo foi aprovado pela comissão de ética do ISCTE.

2.5. Análise de Dados

As análises estatísticas do presente trabalho foram realizadas com recurso ao software *IBM SPSS Statistics versão 29*, com o objetivo de realizar a análise descritiva das variáveis sociodemográficas e aspetos psicométricos das medidas utilizadas. E, ainda com o objetivo de testar a segunda hipótese foram realizadas um conjunto de ANOVA, sendo a variável fatora Exposição à doença diagnosticadas e como variáveis dependentes são Ansiedade (GAD-7), Depressão (PHQ9), Solidão (ULS6), Satisfação com a vida (SLWS5), Bem-estar psicológico (MHI_5), Saúde percecionada (SF01), Consequências da saúde física no trabalho (SF04), Dor percecionada (SF07) e Interferência na dor no trabalho (SF08) tendo sido todos os pressupostos das variáveis em estudo verificados.

Primeiramente, para se proceder à caracterização da amostra, foram realizadas as análises descritivas dos dados sociodemográficos como a idade, género, estatuto sócio económico, ciclo de estudos e nacionalidade dos participantes. Em específico neste trabalho utilizou-se processo de codificação dedutivo, isto é, através das respostas dos participantes conseguiu-se perceber qual o número de unidades de significado por categorias já existentes. Inicialmente foi criado um documento word onde se fez o registo exaustivo de todas as unidades dos dados obtidos. Após o registo confirmou-se se as unidades pertencentes a cada categoria referida com a ajuda de pesquisa de definição de conceitos, por fim procedeu-se à contagem e

registo da mesma em cada categoria. Foi criada uma tabela, com as categorias e os valores correspondentes.

De seguida, através das respostas dos participantes procedeu-se à realização de uma variável compósita designada por Exposição à doença diagnosticada e assim foram criados quatro níveis da variável, onde 0 corresponde aos participantes ‘Sem doença’, o 1 representa participantes com ‘Doença Física’, o 2 representa participantes com ‘Doença Mental’ e o nível 3 participantes com ‘Doença Física e Mental’. À posteriori, fez-se uma Matriz de Correlações de Pearson, para analisar as relações entre as variáveis estudadas, e de forma a avaliar a força e direção das associações entre as variáveis preditoras.

CAPÍTULO 3

Resultados

3.1. Introdução

Este capítulo começa com uma análise descritiva das variáveis construídas, com o intuito de caracterizar a amostra relativamente à prevalência das várias condições de saúde reportadas pelos estudantes universitários. Posteriormente, apresentam-se os resultados dos diferentes testes estatísticos, incluindo as ANOVAs, realizados para verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos e, assim, responder às questões de investigação colocadas.

3.2. Prevalência de Doenças

Relativamente à análise de conteúdo, 634 participantes reportam ter algum tipo de doença em resposta à questão em aberto “Caso tenha alguma doença ou incapacidade diagnosticada por um médico, por favor indique qual ou quais:”, como pode ser observado na tabela 3.1, os resultados apresentaram que no total de 740 participantes, 467 (63%) referiram de não ter nenhuma doença crónica diagnosticada, 22% referiu ter diagnóstico de doença física ($n = 163$), 10% diagnóstico de doença mental ($n = 77$) e 4.5% com diagnóstico de doença física e mental 4.5% ($n = 33$).

Tabela 3.1.

Características descritivas da questão em aberto “Caso tenha alguma doença ou incapacidade diagnosticada por um médico, por favor indique qual ou quais:”. ($N = 740$)

Doença ou incapacidade Diagnosticada	N	%
Nenhuma	474	64,1
Incapacidade (motora/visual/auditiva)	36	4,9
Doença Respiratória	69	9,3
Doença Neurológica	3	0,4
Doença Metabólica	9	1,2
Doença Cancerígena	3	0,4
Doença Mental	110	14,9
Doença Autoimune	26	3,5
Doença Cardiovascular	23	3,1
Obesidade	34	4,6
Outra	40	5,4

Tabela 3.2.

Descritivas da variável Exposição à Doença

	<i>n</i>	%
Sem doença	467	63,1%
Só doença física	163	22%
Só doença mental	77	10,4%
Doença física e mental	333	4,5%

Verificou-se na tabela 3.2. que 64,1% ($n = 474$) dos participantes referiu não ter nenhuma doença ou incapacidade diagnosticada, sendo que 110 referiram Doença Mental (14,9%), 69 referente a Doença Respiratória (9,3%), 36 tinham uma Incapacidade (4,9%), 34 com Obesidade (4,6%), 26 com uma Doença Autoimune (3,5%), 23 com Doença Cardiovascular (3,1%), 9 tinham uma Doença Metabólica (1,2%), 3 com Doença Neurológica (0,4%), 3 com Doença Cancerígena (0,4%). Importa referir que 40 (5,4%) dos participantes responderam “Outra”. Foram referidas diferentes tipos de doenças entre os participantes dentro das categorias criadas, tais como, na Incapacidade onde incluía a Incapacidade Visual (e.g., Miopia, Estigmatismo, Hipermetropia ...), a Incapacidade Auditiva (e.g., Surdez profunda bilateral) e a Incapacidade Motora (e.g., Escoliose, Trocanterite); Doença Cardiovascular (e.g., Varizes, Hipertensão arterial...); Doença Respiratória (e.g., Asma, Renite Alérgica, Bronquite, Pneumonia...); Doença Autoimune (e.g., Doença Celíaca, Psoríase, Doença de Crohn, Hipotireoidismo...); Doença Neurológica (e.g., Esclerose Múltipla, Narcolepsia...) Doença Mental (e.g., Ansiedade, Depressão, Perturbação Obsessiva ou Compulsiva...) Doença Metabólica (e.g., Diabetes, Síndrome de Gilbert, Anemia...),Doença cancerígena (e.g., Pele) H) Outro (e.g., Alergia Alimentar, Adenomiose...).

3.3. Análise da relação entre Exposição à Doença e as características sociodemográficas

A relação entre a variável Exposição à Doença (Sem doença, Doença física, doença mental e doença física e mental) e a identificação de Género (Homem, Mulher e Outro) foi analisada através do teste qui-quadrado, observa-se uma relação estatisticamente significativa entre a condição de saúde (sem doença, doença física, doença mental, e doença física e mental) e o género ($\chi^2^{(6)} = 19,841$, $p < 0.003$). A análise aos resíduos ajustados revelou que na presente amostra existem menos mulheres sem doença identificada que o esperado por acaso.

Tabela 3.3.

Descritivas entre a variável Exposição à doença e Identificação de género

Experiências de Doença	Com que categoria de identifica?							
	Homem		Mulher		Outro		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem Doença	145	71,1%	318	60,1%	3	50%	466	63,1%
Só doença física	36	17,6%	126	23,8%	1	16,7%	163	22,1%
Só doença mental	17	8,3%	60	11,3%	0	0,0%	77	10,4%
Doença física e mental	6	2,9%	25	4,7%	2	33,3%	33	4,5%
Total	204	100%	529	100%	6	100%	739	100%

Por fim não foram encontradas diferenças significativas nas restantes variáveis demográficas, Idade ($p < 0.027$), Ciclo de Estudos ($p < 0.885$), Nacionalidade ($p < 0.831$) e o ESE (Estatuto Socioeconómico percebido) ($p < 0.124$), em que todos os valores de significância eram superiores a $p < 0.005$, indicando que não foram encontradas evidências suficientes para considerar que estas variáveis estejam ou não associada à condição de saúde dos participantes de forma estatisticamente significativa.

De forma a examinar as relações entre as variáveis envolvidas no estudo, foi calculada uma matriz de correlações de Pearson (Tabela 3.4). Esta análise permite identificar a força e direção das associações entre variáveis. Os resultados da matriz de correlações indicam que existem correlações mais fortes entre a ansiedade (GAD-7), a depressão (PHQ9) e o bem-estar psicológico (MHI5) com coeficientes superiores a 0,7. Sendo que a ansiedade e a depressão têm uma correlação positiva forte (0,764) e ambas têm uma correlação negativa forte com o bem-estar psicológico (-0,742 e -0,778). A maioria das correlações são estatisticamente significativas ($p < 0.001$). Ainda, na dimensão da Solidão (UCLA-6) apresenta correlações moderadas com outras variáveis, sugerindo uma relação consistente, mas menos intensa. As variáveis relacionadas à Interferência da dor no trabalho (SF08), tendem a ter correlações mais fracas, embora ainda significativas, com as outras medidas.

Tabela 3.4.

Matriz de Correlações das variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Ansiedade	-								
2. Depressão	.76**	-							
3. Solidão	.44**	.54**	-						
4. Satisfação com a vida	-.40**	-.51**	-.50**	-					
5. Bem-estar Psicológico	-.74**	-.78**	-.56**	.60**	-				
6. Saúde Percecionada	-.33**	-.46**	-.38**	.29**	.40**	-			
7. Consequências da saúde física no trabalho	.37**	.45**	.31**	-.42**	-.45**	-.29**	-		
8. Dor percecionada	.30**	.33**	.19**	-.21**	-.32**	-.26**	.40**	-	
9. Interferência da dor no Trabalho	.27**	.33**	.19**	-.18**	-.29**	-.34**	.36**	.76**	-

Nota O tamanho da amostra (N) varia entre 735 e 740 participantes. ** $p \leq 0.01$

Por forma a responder à segunda questão de investigação (Quais as diferenças entre os estudantes sem doença, com doença física, com doença mental ou ambas as condições nos diferentes indicadores de qualidade de vida e nos fatores de risco e proteção?) procedeu-se à realização de um conjunto de ANOVAs, considerando como fator intersujeitos a variável de Exposição à Doença (Sem doença, Doença física, Doença mental e Doença física e mental) e como variáveis dependentes cada uma com as diferentes variáveis em estudo (Ansiedade (GAD-7), Depressão (PHQ9), Solidão (ULS6), Satisfação coma vida (SLWS5), Bem-estar psicológico (MHI_5), Saúde percecionada (SF01), Consequências da saúde física no trabalho (SF04), Dor percecionada (SF07) e Interferência da dor no trabalho (SF08).

Tabela 3.5

Resultados das estatísticas da ANOVA

Variável	Total	Sem Doença M (DP)	Só Doença física M (DP)	Só doença Mental M (DP)	Doença física e mental M (DP)	Valor F	P value
Ansiedade	9,8 (5,6)	8,9 ^a (5,8)	9,3 ^a (5,5)	13,1 ^b (5,8)	14,3 ^b (5,7)	19,096	<,001
Depressão	9,7 (6,5)	8,7 ^a (5,9)	9,5 ^a (5,5)	14,2 ^b (7,3)	15,5 ^b (6,8)	27,331	<,001
Solidão	13,2 (4,4)	12,8 ^a (4,3)	13,0 ^a (4,2)	15,0 ^b (4,7)	15,6 ^b (4,4)	9.165	<,001
Satisfação com a vida	3,3 (.93)	3,4 ^a (.90)	3,5 ^a (.88)	2,8 ^b (1.0)	2,9 ^b (.89)	13.634	<,001
Bem-estar psicológico	18,7 (4.5)	19,3 ^a (4.6)	19,3 ^a (4,6)	15,6 ^b (5,4)	14,7 ^b (5,0)	22.558	<,001
Saúde Percecionada	3,4 (.96)	3,5 ^a (.87)	3,0 ^b (.94)	2,8 ^{bc} (.97)	2,3 ^c (.89)	32.537	<,001
Consequências da Saúde Física no Trabalho	2,7 (1,0)	2,7 ^a (1,0)	2,5 ^a (.92)	3,0 ^b (1,1)	3,1 ^b (.93)	5.727	<,001
Dor Percecionada	2,6 (1,3)	2,4 ^a (1,2)	2,8 ^b (1,3)	2,8 ^b (1,3)	3,6 ^c (1,4)	12.818	<,001
Interferência da dor no trabalho	1,9 (1,0)	1,8 ^a (.97)	2,1 ^b (1,2)	2,1 ^{ab} (1,1)	2,7 ^c (1,0)	10.407	<,001

^{a, b, c} Grupos com a mesma letra significam que não apresentam diferença estatisticamente significativa entre eles; Grupos com letras diferentes indicam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade;

Os resultados mostraram que os indivíduos com “doença mental” e “doença mental e física” apresentam níveis de ansiedade semelhantes entre si, mas significativamente mais altos que os participantes “sem doença” ou “apenas com “doença física”. O nível de ansiedade entre os participantes destes dois últimos grupos não difere significativamente.

No que respeita à Depressão os resultados mostraram que os indivíduos apenas com “doença mental” e com ambas as condições “doença física e doença mental” apresentam níveis mais elevados de Depressão que os participantes “sem doença” e “doença física”, mas não diferem na média entre eles. Enquanto que o grupo dos indivíduos “sem doença” e “só doença física”, não foram observadas diferenças significativas.

Relativamente à Solidão os resultados mostram que os indivíduos com “doença mental” e os indivíduos com “doença física e mental” apresentam níveis significativamente mais elevados que os indivíduos “sem doença” e “doença física” e não diferem nas médias entre si. No entanto, não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de solidão entre os indivíduos “sem doença” e os que têm apenas “doença física”, assim como entre os indivíduos com “doença mental” e aqueles com “doença física e mental”.

Em relação aos níveis de satisfação com a vida foram encontradas diferenças significativas entre os indivíduos com “doença física e mental” em relação aos participantes “sem doença”, não se observa diferenças significativas no grupo apenas com “doença mental” e o grupo dos indivíduos com “doença física e mental” o mesmo entre o grupo de indivíduos apenas com “doença física” e “sem doença” diagnosticada. Por fim indivíduos que são diagnosticados “sem doença” ou apenas com “doença física” revelam melhor satisfação com a vida.

Observa-se que indivíduos “sem doença” e com “doença física” referem maior bem-estar psicológico que os indivíduos “com doença mental” e “com doença física e mental”, embora não difiram entre si. Os níveis de bem-estar psicológico das pessoas com “doença mental” e “doença física e mental” não são estatisticamente significativos.

Quanto à saúde percecionada dos indivíduos, os resultados mostraram que existiram diferenças significativas entre os indivíduos “sem doença” e aquelas que experimentam qualquer tipo de condição de saúde, seja ela física, mental ou ambas as condições. Sendo a média menos elevada no caso de indivíduos “sem doença”. Para além disso, observa-se que a média de saúde percecionada seja significativamente inferior entre os indivíduos que sofrem de “doença física e mental” quando comparados aos que apenas têm “doença mental” e aos que têm apenas “doença física”. Contudo, a análise não revelou uma diferença estatisticamente significativa na saúde percecionada entre indivíduos que sofrem apenas de “doença física” em comparação aqueles que têm apenas “doença mental”.

Na dimensão das consequências da saúde física no trabalho, pode ser observado que os indivíduos com “doença mental” e “doença mental e física” apresentam níveis maiores de consequências da saúde física no trabalho apresentando diferenças significativamente superior na média comparando com os restantes grupos, mas não diferem da média entre si. Enquanto indivíduos “sem doença” e com “doença física” não revelam diferenças significativas na média. No caso da dor percebida, observa-se que a média de dor relatada pelos participantes é significativamente inferior no caso de indivíduos “sem doença” quando comparados aos outros três grupos, bem como entre o grupo que só tem “doença física” e os indivíduos que têm “doenças físicas e mentais”. Adicionalmente, o grupo de pessoas que tem “doença física e mental” revela uma média significativamente superior na “doença física e mental” quando comparado aos restantes grupos. Por fim, observou-se ainda que não existiram diferenças significativas no grupo “doença mental” em comparação ao grupo apenas com “doença física”. Na interferência da dor no trabalho os resultados mostraram que os indivíduos “sem doença” e “doença física” e “doença física mental” são o que apresentam uma maior interferência da dor no trabalho significativamente mais altas e não diferem a média entre eles. Enquanto o grupo “sem doença” e “doença mental” não apresentam diferenças significativas, nem diferença na média entre eles.

CAPÍTULO 4

Conclusões

4.1. Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar a prevalência das doenças crónicas numa amostra de estudantes universitários. Tratou-se de um estudo de carácter descritivo e exploratório que visa avaliar o grau em que diferentes condições de saúde, seja ela física ou mental, estão associadas a diversos indicadores de saúde entre os estudantes universitários, nomeadamente a ansiedade, depressão, solidão, satisfação com a vida, bem-estar psicológico, saúde percecionada, consequências da saúde física no trabalho, dor percecionada e interferência na dor no trabalho. Delinearam-se, assim, o seguinte conjunto de questões: I- Qual é a prevalência de doenças crónicas mentais e físicas numa amostra de estudantes universitários do Iscte? II- Quais as diferenças entre os estudantes sem doença, com doença física, com doença mental ou ambas as condições nos diferentes indicadores de qualidade de vida e nos fatores de risco e proteção?

A literatura existente refere que as doenças crónicas afetam pessoas de todas as idades, regiões e países (WHO, 2023). Mundialmente estas condições de saúde são responsáveis por cerca de 18,6 milhões de mortes em 2019 (Global Burden of Disease study, 2020). Em específico em Portugal, num estudo em 2015, refere 3.9 milhões de indivíduos relatam ter pelo menos uma doença crónica e que esta é mais frequente nas mulheres (INE, 2019). Em 2024, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2024) menciona que as doenças crónicas são responsáveis por 87% das mortes em Portugal, e que a prevalência destas condições de saúde representa um aumento de 27% de todas as mortes em 2020 (OCDE,2023). Os resultados encontrados neste presente estudo encontram-se alinhados com a literatura existente, uma vez que existe um grande número de estudantes a indicar que sofrem de alguma condição de saúde, “Só doença física” ($n = 163$), “só doença mental” ($n = 77$) e “doença física e mental” ($n = 33$). Um facto interessante é que no presente estudo, a prevalência das doenças respiratórias e mentais são as mais apontadas pelos estudantes e a literatura diz-nos que em Portugal as doenças respiratórias crónicas apenas representam 8% destes indivíduos (OCDE,2023). Em relação à identificação de género, a literatura refere que a prevalência das doenças crónicas é maior na mulher com 62% (INE, 2019), o mesmo indicou-nos este estudo que no grupo “sem doença” mulheres apresentam valores mais baixos em comparação aos homens.

Ainda que existam jovens adultos que crescem com uma condição crónica desde o início da sua infância e consigam adaptar-se bem, por sua vez outros indivíduos não conseguem essa

adaptação, o que leva a um conflito no impacto da sua condição no bem-estar geral e na adaptação à vida social (Maslow, et al., 2011). Estas condições crônicas de saúde têm um impacto no funcionamento psicossocial e na qualidade de vida destes indivíduos (Lawrence et al., 2015).

Na análise dos resultados obtidos na associação aos diferentes grupos estudados e as diferentes dimensões, observou-se que os estudantes universitários com doenças crônicas físicas e mentais, apresentam diferenças significativas nos indicadores de saúde mental e qualidade de vida, quando comparado com os indivíduos sem doenças diagnosticadas. Os níveis de ansiedade, depressão e solidão foram consistentemente mais elevados nos grupos com doença mental ou uma combinação de ambas as condições (doença física e mental). Em contrário, os estudantes sem doença diagnosticada ou com apenas doenças físicas demonstram menores níveis de sofrimento psicológico e maior satisfação com a vida. Estes resultados são consistentes com o que a literatura tem vindo a demonstrar, dado que estudantes com piores condições de saúde mental tendem a ter um maior sofrimento psicológico e consequentemente uma menor satisfação com a vida (Duong, 2021). Acrescentar que estudantes com transtornos mentais podem ter mais dificuldades em encontrar prazer nas atividades quotidianas e enfrentar maior frustração ao lidar com o stress académico e social (Ribeiro et al., 2018).

No que concerne aos níveis de ansiedade, os estudantes com doença mental evidenciaram níveis mais elevados de ansiedade, bem como os estudantes que detêm uma combinação de ambas as condições de doença física e mental. O mesmo verificou-se na medida de Depressão, onde os grupos com ambas as experiências de doença apresentaram níveis mais elevados. Estes resultados vão ao encontro em parte com o estudo de Dyrbye e colaboradores (2006) onde identificaram que os estudantes com doenças crônicas apresentam uma maior vulnerabilidade aos transtornos emocionais, especificamente depressão e ansiedade, em comparação aos seus pares saudáveis. Ainda que no presente estudo além dos indivíduos sem doença são também referidos aqueles que apenas têm doença física.

Outro dos resultados esperados relativamente à solidão, neste estudo verificou-se que os estudantes com “doença mental” ou “doença física e mental” relataram níveis mais altos de solidão e isolamento social em comparação aos outros dois grupos. O que estudos anteriores nos dizem é que, a dificuldade em manter redes de suporte social ativas, a incapacidade de se integrar em atividades são um dos fatores mais importantes que conduz a uma maior solidão (Russel et al., 2012). E ainda, Diehl e colaboradores (2018) referem que a presença de doenças

mentais contribui para um maior aumento de solidão e isolamento social, o que permite justificar os resultados encontrados no presente estudo

Indivíduos sem doença diagnosticada ou apenas com doenças físicas apresentam maiores níveis de satisfação com a vida, em comparação aos outros grupos. Os resultados demonstrados no presente estudo vão de acordo à literatura existente. Greco-Soares and Dell'Aglio (2017b) defendem que indivíduos com doenças crônicas tendem a evidenciar uma diminuição da satisfação com a vida, devido ao impacto que estas têm na funcionalidade e no sofrimento físico, o que os leva a uma diminuição da vida social e limitação na vida quotidiana. Importante referir que a percepção que o indivíduo tem da sua condição de vida e a forma como o próprio se adapta às suas limitações, também tem um papel importante no grau de satisfação com a vida (Schwarzbach et al., 2013). Estudos realizados por Kwan et al. (2013) revelam que doentes com diabetes ou hipertensão, conseguem manter níveis de satisfação com a vida mais altos, a razão está no controle da doença e da percepção de autonomia e autoeficácia não se encontrarem comprometidas. Sendo que o bem-estar psicológico, apresenta os mesmos resultados em concordância com o esperado em estudos anteriores, uma vez que o bem-estar subjetivo difere da interpretação de cada indivíduo, este vai estar associado sempre a outros fatores, tais como, a satisfação com a vida, a ansiedade. Indivíduos com doenças crônicas estão associados a níveis mais baixos de bem-estar subjetivos e isso deve-se ao principal fator de incapacidade de realizar as atividades diárias e sociais. Outro fator, pode ser a gestão menos eficaz da dor o que leva ao um sofrimento psicológico (Diener & Chan, 2011).

Estudantes universitários com apenas doença mental e com ambas as condições (doenças físicas e mentais), destacaram uma diferença significativa comparada os grupos de doença física e sem doença, referem uma pior percepção da sua saúde, estes resultados vão de acordo com a literatura já existente. Um estudo de Ferreira e Santa (2003) demonstrou que a presença de doenças crônicas, especialmente quando combinadas com doenças mentais, resultam de uma percepção mais negativa da saúde geral dos indivíduos. O mesmo se verifica quanto aos resultados apresentados relativamente à interferência da dor no trabalho (SF08) e a dor percebida (SF07), onde indivíduos com ambas as condições referem níveis mais elevados. O mesmo acontece em pesquisas anteriores, Dahlhamer et al. (2018) identificaram que a dor crônica é um fator significativo na redução da qualidade de vida e ainda no desempenho funcional dos indivíduos. Ainda referir, que dependendo da gravidade da dor e da duração da condição de cada indivíduo vai influenciar diretamente nas atividades diárias e profissionais, sendo que pessoas com dor por mais de dois anos, referem uma maior

interferência quando está relacionado com pensamentos negativos em relação à dor (Gorce & Jacquier-Bret, 2023).

Por fim, na dimensão das consequências da saúde física no trabalho, são também os grupos com ambas as condições (doença física e mental) que revelam níveis mais elevados. O que os estudos nos indicam, é que estas consequências têm um efeito direto no desempenho académico. Uma possível explicação poderá prender-se com o facto de que os estudantes que apresentam doenças crónicas têm níveis mais elevados de dificuldade de concentração, e com isso uma maior diminuição da retenção de informação, o que ainda leva a um aumento de stress e de ansiedade em relação ao seu desempenho académico (Fragoso et al., 2017).

De forma geral, os estudantes apenas com doenças físicas têm indicadores mais parecidos com os que não têm doença diagnosticada, porque estes podem beneficiar de melhores mecanismos de suporte social ou estratégias de *coping*, isto pode ser resultado de um diagnóstico mais precoce e assim uma familiaridade com a condição de saúde que permite a que estes estudantes desenvolvam estratégias mais eficazes e consequentemente diminuir o impacto negativo da doença no seu bem-estar psicológico, o que se prende a uma melhor gestão de sintomas e assim uma perceção de controlo sobre a condição (Hagger & Orbell, 2003). Este resultado sugere possíveis investigações futuras que possam explorar o papel dos recursos sociais e do suporte psicológico na mitigação dos efeitos das doenças físicas na saúde mental. Em forma de conclusão, os resultados do presente estudo mostram uma relação entre a presença de doenças crónicas e o agravamento dos indicadores de saúde mental, na solidão e qualidade de vida dos estudantes universitários. Acresce assim a importância de estudar este tema, de promover programas de saúde mental e física e que os ambientes universitários sejam cada vez mais inclusivos a estes estudantes. Ainda, esta elevada prevalência das doenças crónicas entre os participantes sublinha a necessidade de constante atenção especializada.

4.2. Limitações

Ainda que os dados obtidos no estudo tragam contributos para a compreensão da prevalência das doenças crónicas e a influência que estas têm na vida dos estudantes universitários é importante referir que o mesmo apresenta algumas limitações.

A utilização de um questionário online pode levar a enviesamentos de resposta (e.g., o indivíduo não ter conhecimento da gravidade da sua condição e/ ou já ter conhecimento do questionário pelos seus pares), uma vez que o ambiente onde este é preenchido não pode ser controlado. Por outro lado, a amostra ser exclusiva a estudantes de uma instituição, pode não refletir a

diversidade de contextos e realidades de outras universidades. Outro ponto a considerar, é de que as condições de saúde física e mental não foram confirmados ou verificados por médicos especialistas a fim de confirmar essas condições ou até mesmo indicar outras condições que possam existir, mesmo sem os indivíduos terem conhecimento. Além disso, o uso de autodiagnóstico de saúde por introduzir um viés nos resultados, dando uma maior importância a uma condição de saúde em comparação com outra, embora ambas sejam igualmente relevantes.

Tendo em conta a natureza dos testes estatísticos realizados não é possível estabelecer relações de causalidade entre as várias condições e as variáveis estudadas, para estudos futuros era importante testes adequados para conseguir aferir uma causalidade. E ainda referir, que não foi realizado o cálculo do K de Cohen para se verificar a consistência inter-juizes, o que pode ter tido influência nos resultados obtidos.

Por fim, sugere-se a realização de estudos semelhantes, mas que possam ser introduzidas outras variáveis individuais, tais como, o suporte social percebido, o acesso a serviços de saúde física e mental. Uma vez que o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a existência de redes de apoio social eficazes podem melhorar substancialmente a qualidade de vida (Royster & Marshall, 2008). Também seria interessante explorar a diferença entre género e como estas diferem entre si dependendo da sua condição de saúde. E por fim, seria importante analisar com mais detalhe o papel das universidades na prestação de apoio aos estudantes com estas condições de saúde. Defendem que programas de intervenção que promovam os estilos de vida saudáveis para estes estudantes são essenciais para combater os níveis de solidão promovendo a integração social (Vankim & Nelson, 2013).

Referências Bibliográficas

- Alcântara da Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2015). *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012*. Lisboa: Coleção- Estudos.
- Andrade, C. (2012). Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica*, 28(2), 255–267. <https://doi.org/10.14417/ap.279>.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.5.469>.
- Arnett, J. J. (2014). The Oxford Handbook of Emerging Adulthood. In *Oxford University Press eBooks*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199795574.001.0001>.
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Barsky, A. J., & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a Five-Item mental health screening test. *Medical Care*, 29(2), 169–176. <https://doi.org/10.1097/00005650-199102000-00008>
- Berg, B. L., & Lune, H. (2012). *Qualitative research methods for the social sciences* (8th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*, 129(1_suppl2), 19-31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S2>
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cerqueira, A., Guedes, F. B., Marques-Pinto, A., Branco, A., Galvão, C., Sousa, J., Goulão, L. F., Bronze, M. R., Viegas, W., Gaspar, T., Godeau, E., & De Matos, M. G. (2022). Chronic Conditions and School Participation of First-Year University Students—HOUSE ULisbon Study. *Children (Basel)*, 9(9), 1397. <https://doi.org/10.3390/children9091397>.
- Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2017). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prevention Science*, 18, 377-390. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0727-8>
- Compen, F. R., Bisseling, E. M., Schellekens, M. P., Jansen, E. T., Van Der Lee, M. L., & Speckens, A. E. (2017b). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer patients Delivered via Internet: Qualitative study of patient and therapist barriers and facilitators. *Journal of Medical Internet Research*, 19(12), e407. <https://doi.org/10.2196/jmir.7783>
- Comissão Europeia. (2020). *Health at a glance: Europe 2020 – State of health in the EU cycle*. Publications Office of the European Union. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2020_healthatglance_rep_en.pdf
- Cross, M. P., Hofschneider, L., Grimm, M., & Pressman, S. D. (2018). Subjective well-being and physical health. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers. DOI:nobascholar.com
- Crump, C., Rivera, D. A., London, R. A., Landau, M., Erlendson, B., & Rodríguez, E. (2013). Chronic health conditions and school performance among children and youth. *Annals of Epidemiology*, 23(4), 179–184. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.01.001>.

- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., ... & Barnekow, V. (2009). Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the, 2010*, 271.
- Dahlhamer, J., Lucas, J., Zelaya, C., Nahin, R., Mackey, S., DeBar, L., Kerns, R., Von Korff, M., Porter, L., & Helmick, C. (2018). Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain among Adults — United States, 2016. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(36), 1001–1006. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6736a2>
- Damm, K., Lingner, H., Schmidt, K., Aumann-Suslin, I., Buhr-Schinner, H., Van Der Meyden, J., & Schultz, K. (2021). Preferences of patients with asthma or COPD for treatments in pulmonary rehabilitation. *Health Economics Review*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-021-00308-0>
- Deforche, B., Van Dyck, D., Deliens, T., & De Bourdeaudhuij, I. (2015). Changes in weight, physical activity, sedentary behaviour and dietary intake during the transition to higher education: A prospective study. *International Journal of Behavioral Generation Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0173-9>
- Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I., & Deforche, B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-53>
- Dennis, J. M., Phinney, J. S., & Chuateco, L. I. (2005). The role of motivation, parental support, and peer support in the academic success of ethnic minority First- college students. *Journal of College Student Development*, 46(3), 223–236. <https://doi.org/10.1353/csd.2005.0023>.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985b). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live Longer: Subjective Well-Being Contributes to health and Longevity. *Applied Psychology Health and Well-Being*, 3(1), 1–43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045>.
- Diener, E., Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Tay, L., Wirtz, D., Lutes, L. D., & Oishi, S. (2016). Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 58(2), 87–104. <https://doi.org/10.1037/cap0000063>
- Diehl, K., Jansen, C., Ishchanova, K., & Hilger-Kolb, J. (2018). Loneliness at Universities: Determinants of Emotional and Social Loneliness among Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 1865. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091865>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Portugal: Doenças crónicas e fatores de risco 2018*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt>
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354–373. <https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of pain research*, 457–467.
- Duong, C. D. (2021). The impact of fear and anxiety of Covid-19 on life satisfaction: Psychological distress and sleep disturbance as mediators. *Personality and Individual Differences*, 178, 110869. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110869>

- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Van Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026–1036. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.6.1026>.
- Faustino, F. (2018). Níveis de atividade física em alunos do ensino superior alojados em residência de estudantes. *comum.rcaap.pt*. <https://doi.org/10.13140/rg.2.2.15070.54086>.
- Fayaz, A., Croft, P., Langford, R. M., Donaldson, L., & Jones, G. T. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*, 6(6), e010364. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010364>.
- Fragoso, C. G., Benítez, Y. G., Rodríguez, D. J., & Olán, R. J. A. (2017). Relación entre asertividad, rendimiento académico y ansiedad en una muestra de estudiantes mexicanos de secundaria. *Acta Colombiana De Psicología*, 116–138. <https://doi.org/10.14718/acp.2018.21.1.6>
- Ferreira, R., & Martins, C. (2019). Gestão de doenças crónicas: Desafios e estratégias na saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 37(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2019.05.004>.
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista portuguesa de saúde pública*, (2), 15-30.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219–227. <https://doi.org/10.14417/ap.84>.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gazibara, T., Pekmezović, T., Popović, A., Paunić, M., & Kisić-Tepavčević, D. (2018). Chronic diseases among University students: Prevalence, patterns and impact on health-related quality of life. *Vojnosanitetski Pregled*, 75(12), 1178–1184. <https://doi.org/10.2298/vsp160920050g>.
- Gibson, S. (2012). Narrative accounts of university education: socio-cultural perspectives of students with disabilities. *Disability & Society*, 27(3), 353–369. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.654987>.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., Huang, B., & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Greco-Soares, J. P., & Dell’Aglia, D. D. (2017b). TREATMENT ADHERENCE IN ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS. *Psicologia Saúde & Doenças*, 18(2), 322–334. <https://doi.org/10.15309/17psd180204>
- Greenslade, L. (2020). World Pneumonia Day during a global pneumonia pandemic: 12 November 2020. *AJP Lung Cellular and Molecular Physiology*, 319(5), L859–L860. <https://doi.org/10.1152/ajplung.00462.2020>
- Global Burden of Disease Study (2020). *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <https://www.healthdata.org/gbd/2019>
- Gualano, M. R., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2020b). Effects of COVID-19 lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 17(13), 4779.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17134779>

- Guimarães, M. R., De Oliveira Batista, A. M., De Sales Santos, I. M., Vale, M. D. P. S. S., De Moura, I. H., & Da Silva, A. R. V. (2017). Estilo de vida e fatores associados entre estudantes universitários. *Revista De Enfermagem UFPE on Line*, 11(8), 3228–3235. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i8a110188p3228-3235-2017>.
- Gorce, P., & Jacquier-Bret, J. (2023). Global prevalence of musculoskeletal disorders among physiotherapists: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06345-6>
- Hackett, M. L., Teixeira-Pinto, A., Farnbach, S., Glozier, N., Skinner, T., Askew, D. A., Gee, G., Cass, A., & Brown, A. (2019). Getting it Right: validating a culturally specific screening tool for depression (aPHQ -9) in Aboriginal and Torres Strait Islander Australians. *The Medical Journal of Australia*, 211(1), 24–30. <https://doi.org/10.5694/mja2.50212>
- Hale, Catherine. 2018. “Reclaiming Chronic Illness: An introduction to the Chronic Illness Inclusion Project.”Centre For Welfare Reform, Accessed November 4, 2018.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L. D., & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117–1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>
- Hamilton, P. R., Hulme, J. A., & Harrison, E. D. (2021). Experiences of higher education for students with chronic illnesses. *Disability & Society*, 38(1), 21–46. <https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1907549>
- Health at a Glance: Europe 2020. (2020b). In *Health at a glance. Europe*. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Health At a Glance 2019. (2019b). In *Health at a glance*. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Henderson, R. G., & Colberg, R. E. (2018). Pure bone marrow aspirate injection for chronic greater trochanteric pain syndrome: a case report. *Pain Management*, 8(4), 271–275. <https://doi.org/10.2217/pmt-2018-0008>
- Herts, K.L., Wallis, E., & Maslow, G. (2014). College Freshmen with Chronic Illness: A Comparison With Healthy First-Year Students. *Journal of College Student Development* 55(5), 475-480. <https://doi.org/10.1353/csd.2014.0052>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hoving, J. L., Van Der Meer, M., Volkova, A. Y., & Frings-Dresen, M. H. W. (2010). Illness perceptions and work participation: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(6), 595–605. <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0506-6>
- Hunfeld, J. a. M., Perquin, C. W., Duivenvoorden, H. J., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Passchier, J., Van Suijlekom-Smit, L. W. A., & Van Der Wouden, J. C. (2001). Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(3), 145–153. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.3.145>

- Instituto Nacional de Estatística (2019). Condições de saúde da população residente em Portugal: Resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2015. <https://www.ine.pt/~>
- Jang, E. M., & Park, S. H. (2021). Effects of Neuromuscular Electrical Stimulation Combined with Exercises versus an Exercise Program on the Physical Characteristics and Functions of the Elderly: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2463. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052463>
- Jamner, M. S., Spruijt-Metz, D., Bassin, S., & Cooper, D. M. (2004b). A controlled evaluation of a school-based intervention to promote physical activity among sedentary adolescent females: project FAB. *Journal of Adolescent Health*, 34(4), 279–289. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.06.003>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Katon, W., Lin, E. H., & Kroenke, K. (2020). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 147–155.
- Kaushansky, Daniel, Jarad Cox, Chaka Dodson, Miles McNeeley, Sinthu Kumar e Ellen Iverson. (2017). “Vivendo um Segredo: Divulgação entre Adolescentes e Jovens Adultos com Doenças Crônicas”. *Doença crônica* 13 (1): 49–61. doi:10.1177/1742395316655855.
- Keating, X. D., Guan, J., Piñero, J. C., & Bridges, D. M. (2005). A meta-analysis of college students' physical activity behaviors. *Journal of American College Health*, 54(2), 116–125. <https://doi.org/10.3200/JACH.54.2.116-126>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G., Donnelly, P., & Cairney, J. (2013). Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. *Addictive Behaviors*, 39(3), 497–506. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.006>
- Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., Boterhoven de Haan, K., Sawyer, M., Ainley, J., & Zubrick, S. R. (2015). The mental health of children and adolescents: Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing.
- Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Leclair, C. S., Jones, G., Petricone-Westwood, D., ... & Dinkel, A. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *Plos one*, 15(7), e0234124.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., AlMazroa, M. A., Amann, M., Anderson, H., Andrews, K., Aryee, M. J., Atkinson, C., Bacchus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J. R., Barker-Collo, S., Baxter, A. J., Bell, M. L., . . . Kok, C. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224–2260. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61766-8).
- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 124–132. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.016>

- Magnusson, R., & Patterson, D. (2019). Global action, but national results: strengthening pathways towards better health outcomes for non-communicable diseases. *Critical Public Health*, 31(4), 464–476. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1693029>
- Maslow, G., Haydon, A. A., McRee, A., Ford, C. A., & Halpern, C. T. (2011). Growing up with a chronic illness: social success, Educational/Vocational distress. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.12.001>.
- Manning, E., & Gagnon, M. (2017). The complex patient: A concept clarification. *Nursing and Health Sciences*, 19(1), 13–21. <https://doi.org/10.1111/nhs.12320>
- Mair, F. S., & Jani, B. D. (2020c). Emerging trends and future research on the role of socioeconomic status in chronic illness and multimorbidity. *The Lancet Public Health*, 5(3), e128–e129. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30001-3](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30001-3)
- Mercer, S., Furler, J., Moffat, K., Fischbacher-Smith, D., & Sanci, L. (2016). Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. *World Health Organization*. <http://eprints.gla.ac.uk/133210/>
- Monteiro, S., Bárto, A., Torres, A., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2019). Examining the construct validity of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire-9 among college students. *Psicologia*, 33(2), 1–8. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v33i2.1421>
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (2013). Measuring the global burden of disease. *New England Journal of Medicine*, 369(5), 448–457. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1201534>
- Neto, F. (1992). LONELINESS AMONG PORTUGUESE ADOLESCENTS. *Social Behavior and Personality an International Journal*, 20(1), 15–21. <https://doi.org/10.2224/sbp.1992.20.1.15>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico & Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Portugal: Perfil de saúde do país 2021*. Estado da saúde na UE. OCDE
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico & Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2023). *Portugal: Perfil de saúde do país 2023*. Estado da saúde na UE.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2020b). Hand and Oral Hygiene Practices among Adolescents in Dominican Republic, Suriname and Trinidad and Tobago: Prevalence, Health, Risk Behavior, Mental Health and Protective Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7860. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217860>
- Plotnikoff, R. C., Costigan, S. A., Williams, R. L., Hutchesson, M. J., Kennedy, S. G., Robards, S. L., Allen, J., Collins, C. E., Callister, R., & Germov, J. (2015). Effectiveness of interventions targeting physical activity, nutrition and healthy weight for university and college students: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 45. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0203-7>
- Ramakrishnan, S., Beaufils, F., De Brandt, J., Viney, K., Bradley, C., Cottin, V., Hassan, M., & Cruz, J. (2022). European Respiratory Society International Congress 2021: highlights from best-abstract awardees. *Breathe*, 18(1), 210176. <https://doi.org/10.1183/20734735.0176-2021>
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77–99. <http://www.redalyc.org/pdf/362/36220106.pdf>

- Ribeiro, I. J. S., Pereira, R., Freire, I. V., de Oliveira, B. G., Casotti, C. A., & Boery, E. N. (2018). Stress and quality of life among university students: A systematic literature review. *Health Professions Education*, 4(2), 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.002>.
- Robotham, D., & Julian, C. (2006). Stress and the higher education student: A critical review of the literature. *Journal of Further and Higher Education*, 30(2), 107-117. <https://doi.org/10.1080/03098770600617513>
- Royster, L., & Marshall, O. (2008). The Chronic Illness Initiative: Supporting College Students with Chronic Illness Needs at DePaul University. *The Journal of Postsecondary Education and Disability*, 20(2), 120-125. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ825778.pdf>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Russell, D. W., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (2012). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(3), 472-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.99.3.472>
- Scheef, A., Hollingshead, A., & Barrio, B. (2020). Supporting students with intellectual and developmental disability in postsecondary education. *Journal of College Student Development*, 61(4), 528-531. <https://doi.org/10.1353/csd.2020.0044>
- Scholl, M. B., & Schmitt, D. M. (2009). Using motivational interviewing to address college client alcohol abuse. *Journal of College Counseling*, 12(1), 57-70. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2009.tb00040.x>
- Schroeder, N. L., & Cenkci, A. T. (2019c). Do measures of cognitive load explain the spatial split-attention principle in multimedia learning environments? A systematic review. *Journal of Educational Psychology*, 112(2), 254-270. <https://doi.org/10.1037/edu0000372>
- Schwarzbach, M., Luppá, M., Forstmeier, S., König, H., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Social relations and depression in late life—A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 1-21. <https://doi.org/10.1002/gps.3971>
- Silva, P. (2018). Conhecer a doença: os doentes em primeiro lugar. *Sociologia Revista Da Faculdade De Letras Da Universidade Do Porto*, 36, 119-144. <https://doi.org/10.21747/08723419/soc36a6>
- Silva, R. M. F., Mendonça, C. R., Azevedo, V. D., Memon, A. R., Noll, P. R. E. S., & Noll, M. (2022). Barriers to high school and university students' physical activity: A systematic review. *PLOS ONE*, 17(4), e0265913. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265913>
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 26(3),503-515.
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*, 389(10072), 941-950. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30003-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30003-x)
- Smith, C., Sudhakaran, S., & McCormick, Z. L. (2020). Is There a Risk of Neurological Complications Due to Vascular Infarction Associated with Particulate Steroid Use

- During Interlaminar Epidural Steroid Injections? *Pain Medicine*, 22(1), 212–213. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa310>
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Skovgaard, A. L., Jorgensen, M. J., Tjornhoj-Thomsen, T., & Hoybye, M. T. (2022). Discharge readiness as an infrastructure: Negotiating the transfer of care for elderly patients in medical wards. *Social Science & Medicine*, 312, 115388. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115388>
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A Life-Span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236–255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- Vala, J. (2005). Análise qualitativa: O que é e para que serve. In *Investigação qualitativa* (pp. 45-67). Lisboa: Edições Sílabo.
- Vankim, N., Laska, M., Ehlinger, E., Lust, K., & Story, M. (2010). Understanding young adult physical activity, alcohol and tobacco use in community colleges and 4-year post-secondary institutions: A cross-sectional analysis of epidemiological surveillance data. *BMC Public Health*, 10(2018), 1-9
- VanKim, N. A., & Nelson, T. F. (2013). Vigorous Physical Activity, Mental Health, Perceived Stress, and Socializing among College Students. *American Journal of Health Promotion*, 28(1), 7–15. <https://doi.org/10.4278/ajhp.111101-quan-395>
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730–742. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.51.5.730>
- Verhoof, E., Maurice-Stam, H., Heymans, H. S. A., Evers, A. W. M., & Grootenhuis, M. A. (2014). Psychosocial well-being in young adults with chronic illness since childhood: the role of illness cognitions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-12>
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J. L., Pedro, L., et al. (2016). Qualidade de vida em doentes crónicos portugueses. *Atas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-LTEM Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- World Economic Forum (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Harvard School of Public Health. Disponível em <https://www.weforum.org>

- World Health Organization. (2019). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization: WHO. (2023). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization:WHO (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*.<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- World Health Organization. (2024). *Global health estimates: Leading causes of death*. <https://www.who.int/data/global-health-estimates>