cies _ iscte
e-Working Paper

SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

GABRIELA CALDEIRA

Nº 252/2026

CIES e-Working Papers
Av. das Forças Armadas, Edifício CVTT, 1649-026 LISBOA,
PORTUGAL cies@iscte-iul.pt

E-Working Paper | Número 252/2026

SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPERIOR

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

GABRIELA CALDEIRA

cies_iscte
Centro de Investigação
e Estudos de Sociologia

Lisboa | julho 2026

© Gabriela Caldeira, 2026

Gabriela Caldeira
Saúde Mental no Ensino Superor: representações sociais e desafios na construção da investigação

Primeira publicação: julho de 2026

ISSN: 1647-0893

Conselho editorial:
Sandra Palma Saleiro (coordenadora)
Ana Margarida Barroso
Jorge Vieira
Nuno de Almeida Alves
Rita Cachado
Rosário Mauritti

Conceção gráfica e composição: Lina Cardoso
Composição em carateres Futura, 12

Propriedade do título: CIES-Iscte

Correspondência:
CIES-Iscte, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa
Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa
Tel.: (+351) 21 046 4018
E-mail: cies@iscte-iul.pt

SAÚDE MENTAL NO ENSINO SUPEROR

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Gabriela Caldeira

Gabriela Caldeira é doutoranda em Sociologia, com mestrado, no Iscte-IUL, onde também concluiu a pós-graduação em Análise de Dados em Ciências Sociais e exerce funções de docência no âmbito do Laboratório de Competências Transversais (LCT). Investiga representações da saúde mental entre estudantes do ensino superior. Conta com uma trajetória profissional de 25 anos, sobretudo em gestão de recursos humanos e gestão organizacional.
E-mail: mggmm@iscte-iul.pt

CIES-Iscte Working Paper 252/2026

Resumo A saúde mental tem sido objeto de crescente atenção interdisciplinar, sendo reconhecida como um fenómeno socialmente preocupante, sobretudo entre estudantes do ensino superior. Estudar sociologicamente a saúde mental revelou-se uma tarefa exigente, mas intelectualmente estimulante, não apenas pelas fronteiras por vezes ténues entre campos disciplinares, mas também pelos desafios metodológicos que emergiram ao longo do percurso, obrigando à revisão de estratégias e à reformulação do desenho inicial. Com este *paper* pretende-se dar a conhecer uma investigação desenvolvida no âmbito do doutoramento, centrada nas representações de estudantes do ensino superior sobre a saúde mental. Procura-se refletir sobre os processos de construção destas representações e sobre as dificuldades inerentes à abordagem de um campo particularmente complexo, como se mostrou ser o das representações em saúde mental. Dos resultados preliminares apresentados, destaca-se que as diferenças nos métodos pedagógicos e de avaliação, em relação ao ensino secundário, geram ansiedade e stress, prejudicando o desempenho académico. Muitos estudantes referem dificuldade em lidar com estas exigências, reconhecendo que elas condicionam o processo de adaptação e têm impacto na sua saúde mental. As pressões exercidas pelas dinâmicas internas da academia e por fatores externos, associadas à falta de tempo para conciliar as diferentes dimensões da vida, surgem igualmente como fontes relevantes de mal-estar. Identificam-se, ainda, processos de estigmatização associados ao sofrimento mental e diferenças de género nos modos de consumo e práticas de saúde. Por fim, observam-se visões distintas sobre a saúde mental, sustentadas em discursos mediáticos e medicalizados que circulam na sociedade.

Palavras-chave: saúde mental; representações sociais; estudantes do ensino superior, desafios metodológicos.

Abstract Mental health has been the focus of growing interdisciplinary attention and is increasingly recognized as a socially concerning phenomenon, particularly among higher education students. Studying mental health from a sociological perspective has proven to be a demanding yet intellectually stimulating task, not only due to the often-blurred boundaries between disciplinary fields but also because of the methodological challenges that emerged throughout the research process, requiring revisions of strategies and reformulations of the initial design. This paper aims to present a doctoral research project centered on university students' representations of mental health. It seeks to reflect on the processes involved in constructing these representations and on the difficulties inherent in approaching such a particularly complex field as that of mental health representations. Preliminary findings highlight that differences in pedagogical and assessment methods, compared to secondary education, generate anxiety and stress, negatively affecting academic performance. Many students report difficulties in coping with these demands, acknowledging that they hinder their adaptation process and have a significant impact on their mental health. Pressures arising from both the internal dynamics of academia and external factors, combined with a lack of time to balance the various dimensions of life, also emerge as relevant sources of distress. Furthermore, processes of stigmatization associated with mental suffering are identified, along with gender differences in health practices and patterns of consumption. Finally, distinct views of mental health are observed, shaped by media and medicalized discourses circulating in society.

Keywords: Mental health; social representations; higher education students; methodological challenges

Introdução

Este *paper* insere-se no âmbito da investigação de doutoramento em Sociologia, intitulada "Gerir incertezas e novos desafios, objetivados pela realidade do contexto universitário: a saúde mental representada por estudantes do ensino superior". A investigação procurou identificar e compreender, sociologicamente, as representações de estudantes do ensino superior sobre a saúde mental.

A pertinência deste estudo decorre da necessidade de enquadrar o tema da saúde mental numa perspetiva sociológica, construindo um quadro conceptual que permita mapear o campo complexo em que se inscreve. Tal implica considerar a relevância dos contextos, das vivências e das experiências dos estudantes do ensino superior, interpretando-as de modo a delimitar um campo de análise que distinga a visão sociológica da saúde mental da visão médica, reconhecendo a importância de atender ao ponto de vista do doente e de o considerar como verdadeiro (Canguilhem, 2007). Trata-se, portanto, de situar as teorias subjetivas na realidade objetiva das representações, no sistema de relações que estrutura o campo das práticas. Importa compreender de que forma os estudantes abordam a saúde mental e o sofrimento mental, e como exprimem valores, atitudes e comportamentos nesse domínio.

Nos últimos anos, a saúde mental dos estudantes do ensino superior tem adquirido crescente relevância no domínio público, sendo essa relevância partilhada por diferentes atores (políticos, comunicação social, instituições), que classificam este fenómeno como crescente e preocupante. Contudo, os objetivos desses atores divergem: uns visam orientar

políticas públicas; outros reforçam a legitimidade científica; e alguns, sobretudo nas redes sociais, promovem narrativas de autocuidado e bem-estar como dispositivos de regulação social. Ao integrar-se no discurso de profissionais de saúde, membros do Governo e cidadãos comuns, a saúde mental tornou-se um campo de tensão entre saberes leigos e saberes periciais, amplificado pela circulação de informação nas redes sociais.

O contexto pandémico vivido com a Covid-19 poderá ter contribuído para alterações nos modos de lidar com a saúde, evidenciando o impacto do isolamento (Serpa e Ferreira, 2021) na saúde mental dos estudantes, na sua capacidade de superação e na reflexividade mobilizada para ultrapassar obstáculos. Ainda que não tenha sido considerado na análise das trajetórias de vida, este contexto pode emergir nos discursos dos estudantes, revelando transformações nas formas de percecionar a saúde mental e o sofrimento mental.

O conceito de saúde mental tem sido fortemente mediatizado, merecendo atenção especial de entidades estatais e de saúde, nacionais e internacionais, em particular na Europa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), "Mental health is a state of mental well-being in which people cope well with the many stresses of life, can realize their potential, can function productively and fruitfully, and are able to contribute to their communities" (WHO, 2025). As intervenções destas entidades incidem sobretudo na regulação dos comportamentos dos indivíduos, promovendo estilos de vida considerados saudáveis, numa lógica de manutenção deste estado de bem-estar. Estes discursos reforçam a responsabilização individual pelo estado de saúde física e mental, influenciam normas sociais sobre comportamentos adequados e cuidados esperados, e estão frequentemente associados à medicalização e psiquiatrização,[1] impactando diretamente a vida dos estudantes do ensino superior. Importa, portanto, questionar de que modo esses discursos biomédicos e psicologizantes

1 Termo usado por Robert Castel, em 1976.

influenciam as representações dos estudantes, num campo onde também circulam narrativas mercantilizadas[2] e políticas institucionais.

Foi neste contexto de discursos concorrentes que se procurou compreender como os estudantes constroem as suas representações sociais, que fatores estruturam essas representações e que disposições mobilizam para lidar com potenciais problemas de saúde mental. Para isso, a investigação partiu da questão: Quais são os fatores de semelhança e dissemelhança entre os estudantes do ensino superior na construção das representações sobre saúde mental?

O objetivo geral consistiu em compreender sociologicamente como os estudantes de ensino superior constroem representações sobre saúde mental, analisando de que modo estas configuram formas simbólicas de atribuição de sentido ao sofrimento e ao cuidado, em contextos marcados por discursos médicos, trajetórias sociais e experiências institucionais. Isto é, representações simbólicas enquanto imagens da realidade empírica (Durkheim, [1912] 2000a). Estas representações não operam de forma isolada, sendo apropriadas, reinterpretadas e negociadas pelos sujeitos à luz das suas experiências, mobilizadas por processos reflexivos e pela ativação de disposições que permitem agir e intervir no mundo (Jodelet, 2005; Bourdieu, 1989).

Para o cumprimento deste objetivo, analisaram-se os estudantes enquanto indivíduos plurais, carregados de subjetividades na construção das suas trajetórias, identidades e visões do mundo. À medida que se inserem nas dinâmicas académicas, aprendem novos modos de agir perante obstáculos e apropriam-se de ferramentas para lidar com o desconhecido (Coulon, 2017). As experiências sociais incorporadas ao longo da socialização anterior, confrontadas com a realidade heterogénea do ensino

2 Na esteira do que defende Gilles Lipovetsky de que a "crescente mercantilização do simbólico e imaterial, incluindo identidades, sentimentos e estilos de vida; e a consolidação de um ethos terapêutico que coloca tanto a saúde emocional como a necessidade de autorrealização individual no centro do progresso social e das intervenções institucionais" (Cabanas e Illouz, 2018: 84).

superior, podem gerar diferentes processos de adaptação e novas disposições sociais (Lahire, 2003).

Na construção das suas representações, os estudantes interiorizam não apenas o discurso medicalizado, mas também as narrativas sobre sucesso e felicidade, que impactam comportamentos e orientações (Cabanas e Illouz, 2018) sobre como lidar com problemas advindos dessas representações. Como defende Lahire, "viver sempre imerso num ambiente ideológico-cultural que valoriza os benefícios do consumo pode levar os atores de uma sociedade a sonhar em aceder ao consumo para 'se sentir bem', 'ser feliz' ou 'estar em cima do acontecimento'" (2005: 18). As pressões familiares, institucionais e sociais obrigam os estudantes a lidar com estados ambivalentes: a procura constante de sucesso e da felicidade prometida, por um lado, e a culpabilização pelo fracasso e pela frustração quando não conseguem atingir esses objetivos, por outro.

As disposições e o posicionamento social são determinantes na estruturação das representações, enquanto incorporam experiências passadas provenientes da socialização familiar, escolar e social. Estas experiências orientam comportamentos e dão significado aos símbolos e ideias partilhadas. Em termos teóricos, a construção de diferentes habitus (Bourdieu, 1989, 2002; Lahire, 2003, 2005) permite que os indivíduos integrem conhecimento e experiências de vida para organizar a sua realidade quotidiana.

Observa-se, por outro lado, que, apesar da crescente autonomia e liberdade dos indivíduos nas sociedades contemporâneas (Giddens, 1992, 2002), estes continuam condicionados e restringidos por estruturas sociais, o que é reforçado pelo contexto neoliberal, que valoriza o individualismo e utilitarismo e aumenta a dependência de processos terapêuticos (Herzlich, 2004; Ehrenberg, 2010). Analisar esta realidade sociologicamente requer compreender as relações sociais e o sentido que os indivíduos atribuem às suas ações, considerando as configurações simbólicas e culturais que orientam comportamentos num sistema pré-constituído.

Por fim, este paper tem como propósito apresentar o objeto de estudo e o percurso metodológico seguido, bem como partilhar as questões e obstáculos que emergiram durante o processo de construção da investigação. O estudo da saúde e, em particular, da saúde mental, revela-se um campo de grande complexidade, atravessado por dimensões institucionais, conceptuais e simbólicas que exigem constante vigilância teórica. A saúde é aqui compreendida como uma construção social sujeita a múltiplas interpretações, em que o foco recai nas perceções simbólicas e nos significados que os indivíduos atribuem ao que é considerado normal e expectável (Carapinheiro e Correia, 2015).

Os estudantes e os múltiplos papéis sociais

Nas últimas décadas ocorreram mudanças profundas na nossa sociedade, que implicaram mudanças estruturais na vivência dos jovens, nas suas práticas culturais e sociais, com especial incidência nos processos de transição, que acontecem em diferentes fases da vida.

A entrada no ensino superior é uma dessas fases[3] que implica uma rutura em relação ao passado, incluindo um eventual afastamento do ambiente familiar, integração em novos espaços académicos e reorganização das rotinas quotidianas (Van Gennep *apud* Coulon, 2017). Os estudantes transitam entre um habitus[4] anterior, formado nas socializações prévias, e um novo habitus adaptado à vida académica, incorporando uma pluralidade de experiências (Lahire, 2003). Esse processo de transformação implica a assimilação de novos modos de pensar, rotinas e

3 E "se existem fases de vida é porque se encontram sujeitas a padronizações sociais, embora cada indivíduo possa viver singularmente o seu percurso de vida" (Pais e Ferreira, 2010: 22).

4 O conceito de habitus como um sistema de disposições duráveis e transferíveis que orientam perceções, pensamentos e ações (Bourdieu, 1972). Ou citando Lahire "A coerência de hábitos ou esquemas de acção (esquemas sensorio-motores, esquemas de percepção, de apreciação, de avaliação…) que cada actor pode ter interiorizado depende (…) da coerência dos princípios de socialização aos quais ele foi submetido" (2003: 39).

práticas, frequentemente em tensão com crenças e disposições previamente interiorizadas sobre o sucesso, as próprias capacidades e as expectativas sociais (Lahire, 2003; Coulon, 2017).

O contexto institucional e social influencia a integração e a construção de uma identidade estudantil. A heterogeneidade dentro das instituições, combinada com desigualdades económicas e culturais, pode gerar choques culturais e dificuldades de integração (Lopes, 2015/16; Guerreiro, Abrantes e Pereira, 2007). A aprendizagem do "ofício de estudante" envolve familiarização com normas institucionais, gestão autónoma do tempo, participação em atividades académicas e desenvolvimento de relações sociais significativas (Coulon, 2017).

Na transição do ensino secundário para o ensino superior, os jovens são confrontados com uma realidade nova e complexa, onde o medo do desconhecido pode limitar a integração e condicionar as relações sociais no novo espaço académico. É-lhes exigido um processo de autonomização e empoderamento, entendido como a capacidade de agir sobre as próprias condições e escolhas, desenvolver agência reflexiva (Giddens, 2002) e mobilizar recursos pessoais e sociais para enfrentar os desafios da vida académica. Este processo pode ser fonte de ansiedade e sofrimento,[5] sobretudo quando os estudantes se deparam com barreiras objetivas ou subjetivas que dificultam a adaptação. Como observa Lahire (2005: 18), existe um "hiato entre crenças e disposições nos estudantes que reconhecem a legitimidade da cultura escolar, tendo, no entanto, grandes dificuldades escolares. Percebendo-se a partir daquilo que não são, só lhes resta autodesvalorizarem-se".

As crenças interiorizadas acerca da facilidade em atingir o sucesso contrastam frequentemente com as condições reais para o concretizar, gerando sentimentos de frustração e culpabilidade. Aqueles que conseguem incorporar e interiorizar o seu papel, identificando-se com a nova

5 Falamos de sofrimento na dimensão social e que está associado a dificuldades na interação com os outros, afastamento, isolamento, estigmatização, dependência ou até perda de papel social (Graça e Correia, 2018).

realidade, tendem a moldar representações positivas da experiência académica. Essa integração depende não apenas da frequência às aulas, mas da participação ativa na vida institucional e da habituação às rotinas e códigos académicos, fundamentais para o desenvolvimento bem-sucedido da identidade estudantil (Coulon, 2017).

A mudança de ambiente pode ter repercussões sociais e psíquicas, segundo as capacidades de agência dos jovens e os contextos sociais em que se socializaram. A heterogeneidade das instituições, pela diversidade de estudantes, pode contribuir para choques culturais e dificultar a integração. O ensino superior exige maior independência no estudo, autonomia na gestão do tempo e maior distanciamento dos docentes, fatores que diferenciam esta experiência do ensino secundário. A cultura universitária é muito mais simbólica e implica a aprendizagem de códigos inexistentes no ensino anterior (Coulon, 2017).

O meio social de origem e as desigualdades estruturais também influenciam a experiência académica. Como sublinha Lopes (2015/16: 82), "a composição da sala de aula não é imune à configuração das desigualdades sociais, pois os estudantes mobilizam recursos desiguais". Condições económicas, habitacionais e logísticas, como mudança de rotinas, custo de vida, distância da instituição e condições de habitação, condicionam o quotidiano e o desempenho académico, podendo contribuir para o abandono.

Os estudantes, confrontados com a nova realidade, nem sempre dispõem das ferramentas necessárias para gerir e ultrapassar dificuldades académicas e pessoais. Para dar sentido ao que sentem, recorrem frequentemente a categorias médico-psicológicas (como ansiedade, stress, depressão ou saúde mental), apropriando-se dos discursos medicalizados que circulam na sociedade. Esta tendência reflete uma mediatização e psicologização[6] da vida quotidiana, que transforma experiências de mal-estar em categorias clínicas.

Contudo, o ensino superior também pode constituir um espaço de promoção da saúde mental, oferecendo experiências de autonomia,

pertença e reconhecimento, bem como oportunidades de envolvimento académico, cultural e social. As instituições de ensino superior podem favorecer a construção de identidades positivas e o desenvolvimento de competências emocionais e relacionais, atuando como fator de proteção face ao sofrimento psíquico.

A este respeito, importa sublinhar que a universidade/politécnico pode, simultaneamente, constituir um espaço de pressão e de proteção, onde se jogam processos de reconhecimento, pertença e construção identitária (Bourdieu, 1989; Goffman, 1967; 2004). Tal como mostrou Herzlich (2004), as representações da saúde ultrapassam a mera ausência de doença, incluindo dimensões relacionais e simbólicas de bem-estar e realização pessoal.

Assim, a análise das representações dos estudantes deve considerar não apenas as dificuldades associadas à transição académica, mas também o papel transformador e potenciador do ensino superior na promoção da saúde mental.

Mapeando o campo da saúde, saúde mental e sofrimento mental

Primeiramente, é importante realçar que estudar a saúde do ponto de vista sociológico constitui um desafio de grande complexidade, dado o vasto leque de abordagens e modelos que procuram definir este conceito, bem como as sucessivas reformulações e críticas propostas por diferentes autores.[7] Essa diversidade evidencia a dificuldade de analisar a saúde sem considerar as múltiplas dimensões da vida que a influenciam, reconhecendo que estar doente é, sobretudo, um estado social e não apenas

6 "Lipovetsky identifica como "a segunda revolução individualista", um processo cultural subtil de individualização e psicologização que transformou de modo profundo as ordens política e social de responsabilidade no seio das sociedades capitalistas" (Cabanas e Illouz, 2018: 85).

7 Parsons (1951), Bloom (1963), Freidson (1970), Illich (1975), Foucault (1976), Carapinheiro (1986), Turner (1987), Herzlich (2004), Canguilhem (2009).

biológico. Como observa Canguilhem, "a doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são e passa a ser objeto de estudo para o teórico da saúde" (2009: 12), sublinhando a necessidade de uma análise que vá além do corpo e integre os contextos sociais, culturais e institucionais que moldam as experiências de saúde e de doença.

É neste quadro de complexidade que se insere a saúde mental. Os temas relacionados com a mente não são recentes: ao longo da história, diferentes sociedades e correntes de pensamento abordaram a saúde mental e o sofrimento psíquico de formas distintas, enquadrando-os num binómio saúde/doença que refletia, em cada época, os comportamentos considerados normais ou desviantes. Mediante dinâmicas sociais, culturais e científicas particulares, foram sendo produzidos processos de categorização dos fenómenos mentais, moldando a forma como o sofrimento psíquico era interpretado e tratado, acompanhados pelo progressivo reconhecimento da necessidade de intervenção médica, que culminou na consolidação do diagnóstico clínico da doença mental (Foucault, 1978).

Do ponto de vista sociológico, no entanto, a complexidade desses diagnósticos vai além do âmbito clínico, uma vez que os enquadramentos tradicionais da saúde mental tendem a negligenciar as explicações sociais e desconsiderar as representações individuais produzidas sobre a própria condição. Assim, compreender a saúde mental exige analisar os sintomas, mas também os contextos sociais, culturais e institucionais que moldam perceções e interpretações individuais.

No final do século XIX, Émile Durkheim inaugura um olhar sociológico sobre o sofrimento psíquico, considerando-o um fenómeno social. Em Le Suicide: Étude de sociologie (1897), Durkheim explora como fatores sociais influenciam comportamentos individuais, destacando a importância da integração social e da regulação social na prevenção do suicídio. Para Durkheim, saúde e doença devem ser tratadas como factos sociais, distinguindo-se entre normalidade e desvio, sendo útil compreender como essas categorias estruturam as práticas e perceções sociais.

Ao longo do século XX, diversos autores expandem e diversificam a análise sociológica da saúde mental. Michel Foucault, em obras como História da Loucura (1978) e O Nascimento da Clínica (1976), analisa a loucura e a doença mental como construções sociais e políticas, mostrando que a vigilância das populações por intermédio de processos estatísticos (proporção de natalidade e mortalidade, proporção de nascimentos, taxas de reprodução, fecundidade, etc.) constituem mecanismos de regulação que podem levar à exclusão social.

Já Erving Goffman (1961), estudando instituições como manicómios, prisões e conventos, descreve o internamento psiquiátrico como "instituição total", abordando a estigmatização e a perda de identidade que decorrem dessas práticas institucionais.

Scheff (1966), no seu livro Being Mentally Ill, argumenta que a doença mental é também resultado de processos de rotulagem social, evidenciando que comportamentos desviantes são interpretados e classificados negativamente pelo grupo social. Freidson (1970), foca-se no monopólio profissional na definição da doença, mostrando como as classificações médicas moldam a compreensão do que é considerado normal ou desvio. Assim, a doença mental emerge como um fenómeno multifacetado, influenciado por valores culturais, relações de poder e práticas institucionais (Conrad, 1979; Zola, 1972; Foucault, 1963).

O século XX fica associado à descoberta das "nervoses" e "psicoses" e, em consequência, surgem os tratamentos e a "transferência do interesse da doença para o doente" (Bastide, 1968:221). No decorrer do século XX e XXI desenvolve-se uma atenção política ao argumento das liberdades individuais e alteram-se as terapêuticas, que não só tinham demonstrado pouca eficácia, como eram invasivas. Assiste-se à projeção ampliada da saúde mental no espaço mediático, sendo considerada um problema social central no debate contemporâneo. Um entendimento do fenómeno, centrado na perspetiva do indivíduo enquanto habilitado a decidir sobre a sua própria saúde, acionando a sua reflexividade (Lash, 2000) e predisposição para agir (Bourdieu, 1989; Lahire, 2004, 2005) enquanto sujeito

capaz de construir e controlar as suas "próprias biografias" (Beck, 2000: 13), é relevante para o conhecimento científico em geral e, sociológico em particular: "A dinâmica da desordem mental inscreve-se num sistema em que colaboram ao mesmo tempo o desviante e a sociedade" (Bastide, 1968: 244).

Segundo Ehrenberg (2004a, 2004b), a banalização da depressão pelos media e a sua construção como "mal do século" refletem uma transformação profunda da normatividade social, em que a subjetividade individual passa a ser uma preocupação coletiva. A saúde mental deixa de ser exclusiva do campo médico ou psiquiátrico e torna-se um ideário cultural e político, refletindo tensões sociais associadas à autonomia, vulnerabilidade e redefinição do papel do indivíduo na sociedade.

Esta transformação acompanha mudanças mais amplas nas formas como o sofrimento psíquico é compreendido socialmente, marcando a transição da "Era da Melancolia" (século XX) para uma "Era da Ansiedade", como identifica Goleman. Um tempo onde se observa não apenas a persistência, mas o crescimento de uma verdadeira "epidemia de depressão" ([1995]2025: 254). Goleman apresenta-nos a ideia de inteligência emocional e de como ela é necessária para o funcionamento social dos indivíduos, "ajudar as pessoas a gerir os seus sentimentos perturbadores - ira, ansiedade, depressão, pessimismo e solidão - é uma maneira de prevenir a doença" ([1995]2025: 197). Afirma ainda, que sem a aquisição de aptidões emocionais, os indivíduos não conseguem viver bem, alcançar sucesso, ou agir com eficiência, colocando ênfase na autorresponsabilização pelo equilíbrio emocional ([1995] 2025). Esta teoria propõe um modelo de competência afetiva pautado pela regulação, autocontrolo e eficiência emocional especialmente no campo educacional. Este discurso circula no meio social, dentro dos espaços académicos, promovendo a ideia de que um sujeito emocionalmente competente e que consegue gerir-se a si mesmo promove relações pessoais e sociais mais eficazes.

Por outro lado, autores como Cabanas e Illouz (2018) e Nicolas Rose (1996, 1999, 2022) criticam a mercantilização e governamentalização

do bem-estar emocional. O sujeito é responsabilizado pela própria saúde mental e performance afetiva, enquanto se ignora a influência das mediações estruturais e socioculturais.

Dentro deste espectro conceptual, a saúde mental inclui tanto patologias psíquicas (e.g. esquizofrenia) quanto questões de equilíbrio psicológico e desempenho social, sendo fundamental distinguir entre problemas clínicos e questões de bem-estar. Confundir estas dimensões dificulta o mapeamento do campo e a análise sociológica do sofrimento mental. Na esteira de Ehrenberg, a "saúde mental é a expressão de uma transformação das relações entre doença, saúde e socialização" (2004a: 86). Como propõe o autor, a saúde mental deve ser estudada considerando tanto o patológico quanto a normalidade, sublinhando que a autonomia[8] tem sido excessivamente valorizada como eixo central na construção da subjetividade individual e na relação com o sofrimento psíquico. Ou seja, o sofrimento passa a ser percebido como uma insuficiência do eu perante a exigência de ser autónomo, responsável, coerente e bem-sucedido.

Representações sociais, reflexividade e agência

As representações sociais são compreendidas como atribuições que os indivíduos conferem a determinados objetos ou fenómenos, estreitamente relacionadas com a forma como pensam, interpretam e atribuem significado ao mundo. Têm carácter significante e simbólico, refletindo perceções coletivas e individuais. Como afirma Almeida (1994: 177), são "todo o tipo de avaliações cognitivas, de saberes, também estruturados, que se referem a realidades, processos, situações".

O conceito de representações sociais tem sido amplamente utilizado em estudos com estudantes, procurando compreender as perceções que

8 "Essa socialidade, medida pela autonomia, encarna-se na figura do indivíduo performativo, obrigado a construir-se a si próprio como empreendedor da sua própria vida, sendo que o indivíduo frágil e vulnerável é a sombra projetada dessa figura" (tradução própria), (Ehrenberg, 2004a: 87).

estes têm sobre o mundo social. As representações organizam valores e práticas, sendo constituídas a partir de saberes adquiridos e experiências ao longo da trajetória de vida. Moscovici (2007) salienta que elas são formas de interiorizar perceções e de estruturar o pensamento, transformando o desconhecido em algo familiar, passível de partilha e identificação dentro de um grupo social.

Enquanto produtos da apropriação da realidade exterior, as representações refletem a interiorização da realidade social. Funcionam como fenómenos cognitivos estruturados, não aleatórios, permitindo comportamentos semelhantes entre indivíduos inseridos em contextos sociais semelhantes, moldados pela socialização e pelas normas vigentes (Giddens, 2013). Ao estudar factos sociais, é essencial considerar que estes "não devem ser definidos a partir do que poderíamos descobrir a seu respeito por meio dos métodos objetivos da ciência, mas a partir do que a pessoa que age pensa a seu respeito" (Hayek, 1953 *apud* Bourdieu et al., [1968] 2010: 17).

Os comportamentos dos estudantes são condicionados não apenas pela instituição académica, mas também pelas relações com estruturas sociais mais amplas. Compreender as representações em saúde mental implica analisar os fatores que as moldam e como se traduzem em práticas. A saúde mental funciona, assim, como uma linguagem social, expressando conflitos e tensões típicos das sociedades individualistas, em que predominam valores de autonomia pessoal (Ehrenberg, 2021).

Indivíduos com maior consciência de saúde tendem a ter experiências diretas ou proximidade com a doença e com a necessidade de recorrer a cuidados de saúde. Como lembra Durkheim ([1912] 2000a), as representações explicam o senso comum na perspetiva social, refletindo reflexividade e agência. A capacidade de agência relaciona-se com a consciência das expectativas sociais, mas depende de recursos, conhecimento e disposições adquiridas ao longo da vida. A reflexividade implica a "ordenação recursiva das práticas sociais" (Giddens, 2003: 3),

sustentando a continuidade das ações. A conceção de ator, segundo Archer (2013), inclui reflexividade interna (conversas internas) e, de acordo com Giddens, também reflexividade motivada ou rotineira.

As representações sobre saúde mental emergem de saberes quotidianos e permitem aos estudantes dar sentido a um fenómeno complexo, constituindo um campo de interpretações múltiplas. Saberes leigos nem sempre coincidem com definições médicas e científicas (saberes periciais) — estas baseadas em critérios biomédicos, estatísticos e clínicos — e carregam um grau significativo de subjetividade que deve ser analisado (Carapinheiro e Correia, 2015). A construção das representações resulta da experiência, crenças e contexto social dos indivíduos, influenciando práticas e percursos terapêuticos diversos (Flick, 1992).

A saúde mental dos estudantes do ensino superior

Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento de publicações sobre saúde mental, predominantemente no campo da Psicologia, que tem dominado a agenda de investigação sobre o tema. Muitos destes estudos abordam a questão conceptualizando a saúde mental como bem-estar psicológico, relacionando-a com a autonomia e responsabilidade dos estudantes "que exige que tomem decisões importantes relacionadas com a sua vida pessoal e social, para além das exigências académicas e de estudo, num contexto muitas vezes de afastamento das suas famílias e das suas redes de apoio pela primeira vez" (Canty-Mitchell e Zimet, 2000; Hefner e Eisenberg, 2009 *apud* Silva et al., 2024: 129).

Estudos revelam que mais de um terço dos estudantes do ensino superior apresentam transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento (Silva et al., 2024: 72). Um relatório do Policy Institute do King's College London, em parceria com o TASO (Centre for Transforming Access and Student Outcomes in Higher Education), concluiu que um em cada seis estudantes enfrenta dificuldades emocionais significativas (Sanders, 2023). Teixeira et al. (2022) identificam níveis de

saúde mental positiva[9] associados a maior literacia em saúde mental, embora existam diferenças entre géneros e entre estudantes deslocados e não deslocados.

A prevalência de transtornos mentais entre estudantes universitários, como ansiedade, depressão, uso de substâncias, pensamentos suicidas e comportamentos autolesivos foi destacada por Ebert et al. (2018). Laidlaw et al. (2016) observaram que a utilização dos termos "saúde mental" e "bem-estar" reflete perceções dos estudantes sobre normalização do stress e condicionamento da procura de ajuda. Por sua vez, Ong (2017) sublinha que os estudantes percecionam a instituição de ensino superior como responsável por providenciar cuidados de saúde mental, enquanto Fonte e Macedo (2020: 211) identificam "que uma melhor adaptação e vivência académica se associa a uma melhor saúde mental". Outros estudos destacam a persistência e agravamento de ansiedade, stress e depressão, enfatizando comportamentos individuais (Silveira et al., 2011; Santos, 2011), bem como a influência das relações de poder e construções sociais de género na adolescência (Landstedt et al., 2009).

Focar exclusivamente nas perturbações psicológicas e nos comportamentos de risco parece limitador, pois ignora o contexto social amplo em que os estudantes se inserem e a multiplicidade de significados de ser estudante. Esta investigação adotou uma perspetiva centrada nas representações dos estudantes, considerando os contextos sociais, trajetórias de vida, experiências e vivências relacionadas com saúde mental e sofrimento mental. Identificar a construção dessas representações, captando tanto objetividades como nuances subjetivas, conscientes ou inconscientes, constitui um dos principais objetivos do estudo.

9 "Keyes (2002, 2005, 2007), define saúde mental positiva como sendo um espetro de sintomas de hedonismo e funcionamento positivo percecionados pelo próprio indivíduo e as suas avaliações face tanto às suas vidas como ao seu funcionamento ao longo da vida." (Fontes e Macedo, 2020).

Metodologias e estratégias da pesquisa

A construção de qualquer investigação exige organização "com ordem e rigor, sem por isso sacrificar o espírito de descoberta e de curiosidade que caracteriza qualquer esforço intelectual digno desse nome" (Quivy e Campenhoudt, 2005: 119).

Tendo presente este pressuposto, procurou-se desenvolver um modelo que permitisse conhecer de forma objetiva as representações sociais de estudantes do ensino superior sobre a saúde mental, a sua relação com o sofrimento mental e as consequências dessas representações nos seus percursos académicos e na vida quotidiana. O processo de produção de conhecimento sociológico não deve ser encarado como "de uso cego, tipo receita, dos seus ensinamentos" (Almeida, 1994: 194). Cada modelo é singular e suscetível a erros, muitas vezes decorrentes da própria estratégia de investigação ou das escolhas metodológicas previamente definidas (Almeida, 1994).

Foram antecipadas dificuldades e limitações à priori. Consciente dos desafios que qualquer investigação comporta, a reflexividade inerente ao processo permitiu acompanhar o seu desenvolvimento com atenção aos procedimentos metodológicos, assumindo uma postura ativa, crítica e sistemática, pautada pelo distanciamento do objeto de estudo e pelo questionamento contínuo (Bourdieu, 1989).

A centralidade das representações sociais nesta investigação decorre da revisão de múltiplas obras que fundamentam o objeto de estudo e orientam a construção analítica. Parte-se do princípio de que as representações emergem de indivíduos com diferentes posições face à realidade social, moldadas pelas suas experiências, perceções e contextos. Características sociais, redes de relações, pressões institucionais e barreiras ao acesso a cuidados de saúde configuram condicionantes importantes, capazes de influenciar a relação dos estudantes com o sistema de saúde e com a própria iniciativa de procura de cuidados.

As representações podem estar em consonância ou em contraponto com definições instituídas de doença mental, sinalizando processos de inclusão, estigmatização, silêncio, ocultação ou exposição estratégica do sofrimento mental. Nesse sentido, importa compreender como as trajetórias de vida, crenças e práticas dos estudantes influenciam o percurso académico e os efeitos na sua saúde mental.

A entrada no ensino superior é reconhecida como um processo complexo, que exige decisões e ações estratégicas para uma adaptação sólida a um ambiente desconhecido. Com a democratização e massificação do ensino superior em Portugal, os espaços académicos assumem hoje carácter multicultural e heterogéneo, reunindo estudantes de diversas origens sociais, culturais, territoriais e gerações (Veiga et al., 2024). Os estudantes enfrentam uma realidade distinta da experiência escolar anterior, exigindo mobilização de predisposições, reconhecimento das suas capacidades e ativação de processos de reflexividade para orientar-se em novos contextos de relações e interações.

Esta investigação procurou identificar como os percursos de integração dentro da instituição de ensino superior influenciam a construção das representações em saúde mental dos estudantes, analisando os fatores que contribuem para essas representações e as suas manifestações práticas.

Delimitação metodológica e percurso de investigação

Após a delimitação do quadro teórico e conceptual, tornou-se necessário definir o percurso metodológico. Construir este projeto revelou-se um desafio constante face a um objeto ainda pouco explorado sociologicamente, cuja complexidade decorre de um aparelho conceptual vasto e de fronteiras muito ténues entre diferentes campos disciplinares. Tal exigiu sucessivos ajustamentos na condução da pesquisa, de modo a evitar incursões em domínios de outras ciências, em particular da Psicologia. Analisar as representações desta realidade mostrou-se, assim, um exercício

exigente, que implicou mudanças de orientação metodológica ao longo do percurso e que se pretende aqui dar a conhecer.

O desenho inicial desta investigação articulava a aplicação de um inquérito por questionário com entrevistas semiestruturadas, combinando uma abordagem extensiva e intensiva num desenho transversal (*cross-sectional design*). Contudo, cedo se evidenciou a escassez de produção empírica sociológica sobre saúde mental, levantando questões teóricas e epistemológicas relevantes. Tornou-se então imperativo sublinhar que o objetivo desta pesquisa não era avaliar a saúde mental dos estudantes, mas compreender as suas representações. A aplicação prematura de um questionário, sem a maturação teórica necessária, poderia comprometer a validade do estudo. A investigação foi-se, portanto, configurando como um processo dinâmico e evolutivo, que exigiu o constante revisitar dos quadros teóricos e metodológicos, sobretudo quando surgiam novas orientações capazes de enriquecer o mapeamento da realidade estudada. Face a estas dificuldades, impôs-se uma reformulação estratégica.

Reformulação e ajustamento do desenho metodológico

Nesta nova fase, optou-se por começar o trabalho empírico com a realização de entrevistas semiestruturadas a estudantes do ensino superior, privilegiando uma abordagem exploratória e interpretativa. O trabalho de campo, porém, enfrentou novos entraves: a dificuldade de recrutar estudantes dispostos a partilhar experiências sobre um tema sensível, atravessado por estigmas (Goffman, 2004). A mobilização do capital social da investigadora permitiu realizar cinco entrevistas presenciais, confirmando a pertinência da mudança estratégica.

Desta fase resultou a decisão de implementar um grupo focal, inspirado na literatura, para compreender a mobilização das experiências pessoais e académicas dos estudantes enquanto práticas produtoras de habitus (Bourdieu, 1989, 2002). A primeira tentativa, de âmbito nacional, revelou-se inviável; optou-se então por recrutar numa única universidade,

pela maior acessibilidade aos estudantes. Após alguns contratempos, o grupo concretizou-se com dez participantes, enriquecendo a discussão.

Numa fase subsequente, procurou-se aprofundar as representações sociais em saúde mental identificadas no grupo focal. Realizaram-se dezasseis entrevistas semiestruturadas online, recorrendo a um recrutamento inicial junto dos estudantes já envolvidos no estudo e à técnica de amostragem em bola de neve, o que permitiu alargar a diversidade de participantes. Dos dez participantes do grupo focal, seis[10] aceitaram continuar a colaborar, contribuindo para uma análise mais densificada das experiências discutidas coletivamente. O perfil socioeconómico dos participantes das entrevistas e do grupo focal — resumido no quadro 2 do Anexo A — permite uma compreensão mais detalhada das características sociais e académicas que orientaram o processo de análise e interpretação dos dados.

O processo de recrutamento mantém-se ativo, com o propósito de incluir estudantes de outras instituições de ensino superior, assegurando uma maior diversidade social, geográfica e institucional entre os participantes. As entrevistas realizadas forneceram contributos fundamentais para o aprofundamento conceptual e empírico do objeto de estudo, servindo de base à construção de um questionário sociológico mais robusto, cuja aplicação está prevista para uma fase subsequente, após a conclusão integral da etapa qualitativa.

Em suma, o percurso metodológico revelou-se marcado por imprevistos que exigiram adaptações constantes. A obtenção de dados empíricos mostrou-se particularmente desafiante, devido tanto à resistência estudantil quanto à sensibilidade do tema, evidenciando a importância de manter vigilância epistemológica e flexibilidade estratégica. Como lembra Bourdieu (1989), a atenção aos detalhes, aos procedimentos e ao envolvimento do investigador são condições fundamentais para que as práticas de investigação se articulem de forma consistente e rigorosa.

10 Conforme identificado no quadro 1 do Anexo A, que sintetiza a participação dos estudantes nas diferentes fases do estudo.

Notas preliminares da análise

Construção discursiva das representações em saúde mental

Os resultados aqui apresentados são preliminares e derivam da análise do grupo focal, bem como das entrevistas realizadas. Trata-se de noções, ideias e pistas em aberto, que permitem compreender como estudantes do ensino superior representam a saúde mental e o sofrimento mental, os sentidos que atribuem à saúde mental, bem como os modos como interpretam, explicam e partilham essas representações.

A apropriação do conceito de saúde mental revela tensões entre saberes especializados e experienciados, entre a legitimação institucional e a procura por visibilidade ou influência. Em última instância, estas representações, disseminadas pelos media e nos espaços de convivência, moldam perceções, comportamentos e estilos de vida, funcionando como dispositivos sociais que regulam o que é considerado "normal" ou "patológico". Os estudantes mostram familiaridade com estes discursos contemporâneos, interiorizando e incorporando uma realidade na qual se reconhecem, com impacto potencial no desempenho académico, nas relações sociais e no bem-estar, com implicações no seu futuro pessoal e profissional.

Perante a questão: "o que lhe vem à mente quando pensa em saúde mental?", alguns dos estudantes entrevistados não respondem de forma abstrata, mas sim por associação imediata a patologias específicas, aceitando categorias e etiquetagens médicas sem questionamento, utilizando-as para descrever situações com as quais se identificam ou reconhecem, quer pela experiência direta, quer pelo conhecimento do que pode vir a ser. Existe, assim, uma simbiose entre discursos leigos e discursos periciais, que organiza e objetiva o pensamento. Os discursos revelam uma representação da saúde mental fortemente ancorada em categorias clínicas, como depressão e ansiedade, que emergem como figuras centrais da compreensão do que significa estar "mal mentalmente". Este

padrão de representações sociais sugere uma ancoragem na doença, em que a saúde mental é percebida e pensada a partir do seu contrário — a doença mental —, refletindo a influência dos discursos biomédicos e psicologizantes na cultura contemporânea. A depressão e a ansiedade surgem como marcadores identitários da saúde mental, quase sinónimos de "não estar bem mentalmente".

Outros argumentos definem a saúde mental como capacidade de funcionamento "normal", sem pensamentos disruptivos ou comportamentos indesejáveis, aproximando-se do que a psiquiatria denomina modelo de saúde mental positiva, num registo funcionalista e comportamental. Estas representações valorizam ordem mental, controlo e produtividade, refletindo uma normatividade social e cultural. Estar bem mentalmente significa não sair da norma, não experienciar emoções negativas e não ser disfuncional. Observa-se, portanto, uma linguagem funcionalista e normativa, em que a saúde mental é entendida como capacidade de manter um quotidiano produtivo, "arrumar os pensamentos" ou "não sair da norma". Paralelamente, outros estudantes demonstram hesitação, ambivalência e indefinição, revelando um campo representacional híbrido.

A maioria não concebe a saúde mental como simples ausência de doença, mas como bem-estar psíquico e emocional que permite realizar com sucesso as tarefas quotidianas, apropriando-se de perspetivas psicológicas de autores como Goleman ([1995] 2025). Enfatizam a importância do equilíbrio entre corpo e mente, entendido como fundamental para o desempenho funcional. Procurar estabelecer uma relação entre saúde mental e bem-estar demonstrou dificuldades nas suas interligações, mas os entendimentos convergiram para o resultado de que ambos os conceitos fazem parte das condições físicas e mentais dos indivíduos.

O bem-estar surge como elemento central nas representações dos estudantes sobre a saúde mental, refletindo uma apropriação próxima da definição proposta pela OMS. Alguns estudantes estabelecem uma distinção entre o bem-estar imediato e a saúde mental, permitindo representar situações em que sofrimento e bem-estar coexistem, enquanto outros

articulam ambos numa lógica dinâmica, em que a saúde mental corresponde à capacidade de gerir o bem-estar emocional ao longo do tempo. Outras representações afastam-se da dicotomia clínica/não-clínica e aproximam-se de uma conceção mais relacional, em que o bem-estar passa a ser um projeto individual, constantemente avaliado e comparado, permitindo a coexistência de bem-estar com sofrimento psíquico.

O sofrimento mental apresenta representações plurais. Alguns estudantes reagiram com surpresa ao tema, não se identificando de imediato, desencadeando um esforço reflexivo para construir explicações com base nas suas experiências. Outros demonstraram facilidade em enquadrar o sofrimento mental no campo mais amplo da saúde mental, reconhecendo-o como parte integrante da sua compreensão do fenómeno. O sofrimento mental é muitas vezes representado como estado-limite, um ponto de colapso que ultrapassa o mal-estar comum. Expressões como *breaking point*, a associação direta com ideação suicida ou "pior inimigo" objetivam o sofrimento como fenómeno extremo e ameaçador, profundamente patologizado. Porém, existem discursos enraizados na experiência quotidiana. Expressões como "moer o pensamento", emergem como uma metáfora significativa do modo como o sofrimento mental é experienciado e representado na primeira pessoa. Traduzem essa vivência do sofrimento, revelando repetição mental exaustiva, desgaste interno e sensação de que a mente é simultaneamente agente e obstáculo. Existe uma naturalização do sofrimento ao considerá-lo normal. A linguagem usada por alguns dos estudantes ("moer", "não para", "*loop*", "autopunição") sugere uma vivência contínua e inescapável do sofrimento, onde a falha em manter a saúde mental é interiorizada como fracasso pessoal, podendo reforçar culpabilização ou estigmatização. Metáforas como destruição, perturbação ou "não conseguir viver" não apenas descrevem, mas estruturam simbolicamente o sofrimento, podendo reforçar culpabilização ou estigmatização. Como sublinha Sontag (2023), as metáforas que envolvem a doença e o sofrimento não apenas ilustram, como moldam profundamente a forma como estes são compreendidos, sentidos e socialmente tratados.

Em contrapartida, emergem indícios de reflexividade crítica sobre as condições que dificultam a gestão do sofrimento. A ideia de "falta de ferramentas" remete para a dimensão relacional e social do sofrimento, evidenciando que a capacidade de enfrentar adversidades depende de redes de apoio, recursos culturais e validação simbólica das emoções. Este enquadramento aproxima-se de Jodelet (2001), que concebe as representações sociais do sofrimento como cognitivas, práticas, afetivas e normativas. Assim, as imagens construídas pelos estudantes estruturam a dor, mas podem também reforçar a culpabilização individual e obscurecer os fatores sociais que moldam o sofrimento.

Discursos estigmatizados

Os estudantes acabam por evocar representações estigmatizantes presentes na sociedade, mesmo quando procuram, de forma consciente ou inconsciente, distanciar-se delas. O uso de termos como "maluquice", "louco" ou "maluco" evidencia como estes discursos permanecem no imaginário coletivo dos estudantes, funcionando de forma simbólica para descrever formas potenciais de estigma associadas à saúde mental, categorizando-as na sua relação com a doença mental.

A invisibilidade da doença é também referida, sendo entendida como algo que não é diretamente acessível ou observável, o que torna difícil a identificação de sintomas, em linha com o que defende Canguilhem (2007). Paralelamente, os estudantes reconhecem que fatores sociais podem contribuir para o desenvolvimento de perturbações psíquicas, reforçando a ideia de que a saúde mental é construída a partir de múltiplas dimensões sociais (Goffman, 1961; Foucault, 1978; Alves, 2009).

O recurso à expressão "essas pessoas", ao categorizar indivíduos com sofrimento mental para se diferenciar deles, constitui um exemplo de estigma internalizado (Goffman, 2004). Este mecanismo evidencia tanto o reforço da exclusão social quanto o distanciamento do estudante em relação ao indivíduo estigmatizado, revelando a complexa

interseção entre perceção social, categorização simbólica e identidade pessoal.

Gerações: olhares diferenciados

A compreensão do que significa estar em sofrimento mental pode ser influenciada pela cultura popular - como a representação do indivíduo "louco", ou a ideia de que "o próprio sujeito tem de ser louco para que o sintoma, mesmo o mais singular e o mais raro, possa aparecer" (Foucault, [1974-75] 2001: 198). Esta representação, interiorizada no imaginário social, pode conduzir à estigmatização de determinados comportamentos.

Entre os estudantes entrevistados, alguns discursos revelaram sentimentos de incompreensão e, por vezes, de estigmatização por parte de gerações mais velhas no que diz respeito à saúde mental. No entendimento dos estudantes, as gerações anteriores tendem a associar os problemas de saúde mental a patologias graves, refletindo discursos históricos que continuam a ser partilhados, internalizando um capital cultural predisposto ao silêncio e à minimização das dificuldades. Por outro lado, as gerações mais novas procuram maior abertura e legitimidade para expressar o sofrimento, desejando ser ouvidas e apoiadas, embora identifiquem que nem sempre esse reconhecimento se concretiza. Este desencontro de perceções produz tensões intergeracionais, uma vez que a tentativa de falar sobre o sofrimento encontra barreiras simbólicas herdadas.

Nesse sentido, o estigma associado ao psicólogo - historicamente ligado à ideia de loucura - permanece como referência cultural, contribuindo para relativizar ou deslegitimar a vivência do sofrimento psíquico. Para muitos dos estudantes, o sofrimento é interpretado pelos mais velhos como algo inerente à vida, equivalente a "passar um mau bocado", o que naturaliza a dor emocional e desencoraja a procura de ajuda. Esta leitura cultural expressa um habitus familiar que, de forma inconsciente, reproduz disposições que silenciam o sofrimento psíquico.

Em contraste, entre as gerações mais novas observa-se a apropriação de discursos medicalizados, que tendem a individualizar o sofrimento através do diagnóstico e da terapêutica medicamentosa. Tal processo pode deslocar a atenção das dinâmicas sociais e relacionais, reduzindo a experiência subjetiva a categorias clínicas, muitas vezes anulando as experiências vividas pelos indivíduos e subjugando-os a padrões sociais institucionais.

Diferenças de género e a saúde mental

Os estudantes representam determinados comportamentos e papéis socialmente atribuídos aos sujeitos, que podem derivar da condição biológica (sexo feminino ou masculino), ou da construção social do papel de homens e mulheres na sociedade. A partir destas representações, emerge uma visão social que associa a mulher à fragilidade e a uma suposta "legitimidade" para enfrentar problemas psíquicos. A vergonha surge como um sentimento recorrente, associado à exposição e à procura de ajuda, tanto em homens como em mulheres. Este sentimento pode indicar inadequação ou inferioridade, perante um possível estado de sofrimento, e que pode indiciar medo do julgamento por parte de familiares, amigos ou entre os pares.

A ideia de que o homem deve ser forte encontra-se interiorizada como um ideal de masculinidade, em particular como forma de "masculinidade hegemónica" (Connell, 1987 *apud* Giddens, 2013: 688). Culturalmente, construiu-se a noção de dominação do homem sobre a mulher, associando-o à força física, rudeza e capacidade de liderança. Nos discursos dos estudantes, identificam-se formas de internalização dessas representações, tanto no imaginário coletivo como nas experiências pessoais.

A maior parte dos discursos revela que o estigma associado à procura de ajuda permanece mais acentuado entre os jovens do sexo masculino, refletindo constrangimentos ligados à manutenção da masculinidade. Ao assumirem papéis dominantes de género na sua relação com a saúde,

os homens acabam por desvalorizar a própria saúde e negligenciar os sinais de doença, reforçando construções sociais históricas sobre o seu papel na sociedade e perpetuando uma visão androcêntrica. Nos discursos analisados, observa-se que as representações simbólicas sobre papéis de género são compartilhadas tanto por homens quanto por mulheres. Curiosamente, algumas estudantes do sexo feminino internalizam e reproduzem a ideia de que o homem é o "sexo forte e protetor", aceitando relações de poder que estruturam a vida social e pessoal. Segundo Bourdieu, "às relações de poder em que se veem envolvidas, as mulheres aplicam esquemas de pensamento que são produto da incorporação das relações de poder" (Bourdieu, [1998] 2012: 45).

As desigualdades associadas aos papéis femininos permanecem visíveis nas representações dos estudantes do ensino superior. O estatuto social da mulher enquanto cuidadora - da casa, do cônjuge ou dos filhos - continua a desempenhar um papel central na construção da sua individualidade. Apesar das mudanças significativas das últimas décadas, como a inserção das mulheres no mercado de trabalho e a redefinição do seu papel social, ainda persiste a marca da entrada num espaço historicamente dominado por homens. A atribuição de certas responsabilidades às mulheres implica habitus sociais incorporados, de difícil transposição, que fazem parte da ordem simbólica instituída e da manutenção do privilégio masculino.

O corpo enquanto obstáculo

O corpo pode ser compreendido como promotor de autoestima e confiança, mas também como forma de identidade social, que assegura pertença e aceitação no grupo. Constitui um instrumento de satisfação pessoal, resultante de uma imagem construída e continuamente transformada ao longo da socialização. Contudo, esta relação com o corpo não se restringe à dimensão individual: é mediada por estruturas sociais e simbólicas que definem modos de perceção e valoração corporal. A crescente preocupação com a aparência, a forma física, o reconhecimento social

e a identidade coletiva evidenciam a centralidade do corpo como mediador de integração social e relações interpessoais.

O corpo não é apenas uma entidade biológica exterior à sociedade: a sua significação depende da socialização, dos contextos, das experiências individuais e das normas e valores que estruturam a vida social (Giddens, 2013). Procurou-se, portanto, compreender a relação dos estudantes com o corpo e a imagem, bem como uma eventual correspondência com a saúde mental.

Nos discursos dos entrevistados, sobretudo entre as mulheres, observa-se uma relação com o corpo que remete para a dominação masculina anteriormente discutida (Bourdieu, 1989). A valorização do corpo feminino é frequentemente construída a partir de esquemas de perceção socialmente impostos e naturalizados. A esteticização do corpo, internalizada pelas próprias mulheres, resulta da incorporação de normas sociais que as posicionam num sistema de disposições duradouras (habitus), no qual o corpo funciona simultaneamente como objeto e veículo de distinção social (Bourdieu, 1989, 1998).

Entre os estudantes do sexo masculino, identificam-se discursos que evidenciam a necessidade de se manterem dentro da norma, correspondendo aos cânones de beleza instituídos e às formas simbólicas do corpo. Historicamente, o corpo feminino foi o principal alvo de processos de objetificação e esteticização; no entanto, nas últimas décadas, o corpo masculino também tem sido valorizado e submetido a padrões normativos de aparência (Ricciardelli e Kimberley, 2009).

A circulação de imagens sobre o corpo masculino, quer nas redes sociais, quer em revistas de moda ou de fitness, demonstra que este é concebido como um capital simbólico, sujeito a processos de esteticização e disciplina que se vão progressivamente aproximando dos aplicados às mulheres, embora com configurações próprias. Esta transformação reflete a expansão de determinantes de consumo, performance e autocontrolo, produzindo novas formas de regulação do corpo masculino e contribuindo para a redefinição das

masculinidades. Observa-se uma associação cada vez mais direta entre padrões de beleza e integração social: a aceitação pelo grupo evidencia a relação entre corpo, imagem e saúde mental, sobretudo quando os estudantes não se identificam com os modelos dominantes e percebem não corresponder aos requisitos normativos instituídos. A pressão para se adequarem a determinados padrões de beleza não deve ser entendida apenas como escolha individual, mas como expressão de relações de poder e de violência simbólica que regulam modos de ser e de existir no espaço social. O controlo do corpo, das rotinas e dos hábitos integra a agência individual e constitui uma condição de reconhecimento e pertença (Giddens, 2000).

O corpo, contudo, não se reduz à sua materialidade física: a sua perceção é moldada pela socialização, pela cultura e pelas interações do indivíduo com o grupo.

Alguns discursos, entretanto, revelam uma reflexividade crítica, que questiona os padrões normativos de corpo e beleza difundidos pelos media e pelas redes sociais, rejeitando estereótipos e problematizando práticas quotidianas de autocontrolo e de exposição corporal que haviam sido naturalizadas. Trata-se do "retorno da experiência do indivíduo sobre ele próprio" (Mead, 1934 *apud* Casanova, 2016: 315).

O corpo deixa, assim, de pertencer apenas ao campo da saúde, passando a ser encarado como campo estético, no qual a aparência assume centralidade e os ideais de beleza se tornam referência normativa.

Integração no ensino superior

É no processo exigente de transição para a vida adulta e de adaptação a uma nova fase da vida, marcada por novos desafios, que a saúde mental dos estudantes pode ser particularmente afetada. De acordo com Nogueira et al. (2017: viii), a "transição para o ensino superior configura uma transição múltipla que potencia stress, desequilíbrios e um ajustamento exigente, com impacto a nível pessoal e académico".

Tendo como referência estes pressupostos, procurou-se compreender o entendimento dos estudantes sobre o fenómeno da saúde mental no ensino superior. Verificou-se unanimidade quanto à existência de problemas que afetam a sua saúde mental, sendo que, segundo as perceções dos próprios estudantes, o ponto nevrálgico reside nas exigências académicas e nas pressões sociais, que geram sofrimento físico e psicológico. As narrativas evidenciam uma associação clara entre saúde mental e cansaço extremo, com referência a sentimentos de "*burnout*", que limitam a capacidade de ação e estão diretamente relacionados com as exigências do ensino superior. O que é esperado dos estudantes, enquanto sujeitos considerados de sucesso, pode ter impacto na sua condição psicológica e no desempenho académico. As pressões sociais enfrentadas influenciam a forma como avaliam o próprio percurso, levando muitos a sentirem-se sobrecarregados e, por vezes, incapazes de lidar com as exigências, em parte devido à ausência de recursos pessoais e institucionais que lhes permitam gerir adequadamente expectativas e frustrações.

Adicionalmente, os estudantes consideram que a entrada no ensino superior tende a agravar a saúde mental quando esta já se encontra fragilizada. A transição para a vida adulta, articulada com expectativas de realização profissional, impõe novas pressões num cenário marcado pela incerteza. Acresce a perceção de que, por mais que se empenhem, nunca alcançarão um nível suficiente para deixar de ser avaliados ou pressionados. Esta perceção evidencia a interiorização de estruturas sociais que operam como mecanismos de comparação e competição permanentes, produzindo representações de impotência e vulnerabilidade perante uma sociedade percebida como estruturalmente exigente.

A relação com a instituição do ensino superior tem importância no modo como os estudantes lidam com aprendizagens, novos relacionamentos e processos de avaliação. As estratégias que adotam para superar dificuldades nem sempre se traduzem em sucesso. Essa limitação prática reflete a ausência de um repertório de experiências prévias que lhes permita enfrentar o desconhecido com autonomia e segurança.

A incapacidade de lidar com as pressões e exigências do ensino superior é apresentada nas narrativas como um fator determinante, com destaque para a falta de tempo, que impede os estudantes de usufruírem plenamente da vida académica, transformando este percurso num sofrimento constante. Estes processos são ainda dificultados pela ausência de estratégias de adaptação a esta nova realidade.

Como observa Ehrenberg (2004a: 151), "a nossa sociedade adotou uma nova linguagem, que é a linguagem da vulnerabilidade individual. Isto não significa que as pessoas são mais vulneráveis que antes ou que sofram mais que antes; contudo, é isto que ganha evidência quando se descrevem todos os tipos de situação". É precisamente esta vulnerabilidade que se identifica nos discursos produzidos pelos estudantes, refletindo as consequências advindas da sua condição de estudante do ensino superior.

Grupo Focal — Experiências partilhadas

O grupo focal, uma das técnicas utilizadas nesta investigação, realizou-se cumprindo os requisitos inicialmente estipulados, com o objetivo de identificar padrões de opinião e representações dos estudantes, sobre o impacto do ensino superior nas dimensões académica, social, pessoal e saúde. Pretendeu-se também compreender de que forma a saúde mental emergia nos discursos dos participantes.

A sessão foi dinamizada pela investigadora, que assumiu igualmente o papel de moderadora. Esta dualidade de papéis trouxe algumas limitações: a atenção focada na moderação dificultou o registo imediato de pormenores relevantes sobre o ambiente, as reações e interações, embora tenha permitido explorar pontos emergentes e manter o dinamismo da sessão.

Depois desta contextualização da condução do grupo, importa descrever a dinâmica da sessão: com a duração de 120 minutos, iniciou-se com uma atividade de abertura destinada a explorar o impacto do ensino superior nas dimensões atrás referidas. Os participantes foram convidados

a identificar aspetos positivos e negativos, registando-os em Post-its amarelos e cor-de-rosa, respetivamente, que posteriormente colaram em cartolinas previamente identificadas com cada dimensão. Após a colagem, os contributos foram partilhados com o grupo e discutidos, permitindo a expressão livre de experiências e perceções, funcionando simultaneamente como desbloqueador de silêncios constrangedores, naturais num grupo de 11 indivíduos desconhecidos, incluindo a investigadora.

A análise dos Post-its evidenciou uma convergência de perceções sobre os impactos do ensino superior nas diferentes dimensões, cujos principais fatores impactantes se sistematizam no quadro 1.

Durante a sessão, os estudantes reconheceram que não estavam sozinhos neste percurso e que os problemas que enfrentam são mais comuns do que imaginavam. O sofrimento, inicialmente vivido como individual, revelou-se compartilhado por muitos dentro da instituição, influenciando as suas representações sobre saúde mental. Esta partilha de memórias e vivências, comuns a vários participantes, constituiu saberes coletivos, evidenciando valores e crenças partilhadas.

Ao longo da sessão, apesar dos constrangimentos iniciais, a identificação com os relatos dos colegas favoreceu a abertura e partilha de experiências, com resultados bastante gratificantes no cumprimento dos objetivos. Por momentos, a emoção tornou-se visível, refletida na forma como alguns estudantes se expuseram ao relatar experiências pessoais e trajetórias académicas.

A realização deste grupo focal permitiu identificar que algumas das questões com maior impacto no percurso académico dos estudantes estão relacionadas com práticas pedagógicas instituídas, que, no entendimento dos participantes, os condicionam e dificultam na adaptação a uma realidade exigente. Verificou-se convergência de opiniões relativamente às atividades pedagógicas e à organização das avaliações, sendo apontada a falta de diálogo entre docentes de diferentes unidades curriculares, o que resulta na concentração de trabalhos e exames num período específico, gerando desgaste físico e mental difícil de gerir.

Quadro 1 Aspetos apresentados para as diferentes dimensões, pelos estudantes do grupo focal

Dimensões	Aspetos	Análise dos Post-its
Académica	Positivos	Desenvolvimento de pensamento crítico; reforço de competências; visão crítica da sociedade; novos relacionamentos; participação ativa em núcleos e projetos académicos; satisfação intelectual e sentido de progressão; adquirir conhecimentos; valor do curso para o mercado de trabalho.
	Negativos	Redução da performance académica face ao passado; sobrecarga de trabalho; pressão para o aproveitamento e perfecionismo; síndrome do impostor; frustração com avaliações; medo de não cumprir expetativas; aumento de stress e ansiedade em períodos de avaliações.
Social	Positivos	Integração social; adquirir competências sociais; criação de redes de amizade; desenvolvimento de empatia e comunicação; sentimento de comunidade e valorização da diversidade; integração em associações e atividades académicas.
	Negativos	Falta de tempo para convívio familiar e social; solidão e falta de apoio; cansaço social, receio de exclusão, discriminação; diferenças de comunicação interpessoal.
Saúde	Positivos	A universidade como escape e motivação, fator de ânimo em momentos difíceis.
	Negativos	Burnout; stress; ansiedade; má alimentação; pouco sono; cansaço físico e psicológico; automedicação com cafeína, álcool, nicotina; piorar a saúde mental; pressão autoinfligida para não falhar; falta de tempo para desporto.
Pessoal	Positivos	Desenvolvimento de responsabilidade, autoestima, autonomia; esperança no futuro, realização pessoal e profissional; perceção de conquista e resiliência; gestão de tempo; gestão de prioridades; autonomia e confiança; desenvolvimento de novas skills.
	Negativos	Falta de tempo para projetos pessoais, para si, para os amigos, para a família; frustração emocional; discriminação etária; falta de suporte familiar; dificuldade em processar emoções; perda de conexão consigo próprio.

O tempo, sobretudo a sua escassez, destacou-se como o principal fator associado ao aumento da ansiedade e stress, independentemente da idade ou ano de curso. Foi referido de forma unânime como responsável por grande parte das dificuldades no desempenho académico e na saúde mental (64 referências conforme a figura 1). Para visualizar este padrão, foi gerada uma nuvem de palavras no software MAXQDA. A análise partiu da transcrição do grupo focal e consistiu na contagem simples das ocorrências de termos relevantes para o estudo, o que permitiu identificar os conceitos mais frequentes e evidenciar visualmente os fatores percebidos como mais impactantes pelos participantes.

A questão da falta de tempo manifesta-se de forma transversal, afetando diversas dimensões da vida dos estudantes. Impacta as relações



Figura 1 Nuvem de palavras do grupo focal

sociais, restringindo a convivência e a construção de redes de apoio; interfere na relação com a família, reduzindo os momentos de contacto e partilha; acarreta dificuldades na deslocação para a faculdade, aumentando a sobrecarga física e logística; compromete hábitos alimentares e a prática de desporto, refletindo-se em escolhas menos saudáveis e menor cuidado com o corpo; e condiciona a interação entre pares, dificultando o estabelecimento de vínculos significativos e a participação plena na vida académica. Esta perceção evidencia que a pressão temporal, ao ser interiorizada, atua como um fator central de stress, ansiedade e desgaste físico e psicológico, repercutindo-se de forma direta na saúde mental e no bem-estar global dos estudantes.

Considerações finais

Tendo como objetivo compreender as representações sociais que estudantes do ensino superior constroem sobre a saúde mental, fenómeno que tem adquirido crescente visibilidade social e institucional nos últimos anos, importa sublinhar que essas representações não operam de forma isolada. Elas são apropriadas, reinterpretadas e negociadas pelos sujeitos à luz das suas vivências e experiências, mobilizadas por processos

reflexivos e pela ativação de disposições que lhes permitem agir e intervir no mundo (Jodelet, 2005; Bourdieu, 1989).

O estudante, enquanto sujeito, carrega consigo a sua biografia e identidade pessoal, desenvolvidas pelas experiências e socializações vividas, que moldam a sua forma de estar e de perceber o mundo. Estes processos estão condicionados por diferentes contextos sociais, culturais e económicos. Conhecer-se a si próprio, procurar o seu lugar na sociedade, ser aceite e integrado, são objetivos centrais dos indivíduos enquanto seres sociais, que necessitam de se enquadrar num mundo idealizado, permitindo não apenas a definição de um propósito de vida e a consecução dos seus objetivos, mas também a construção de relações significativas com outros sujeitos com os quais se identificam.

Os dados aqui apresentados são de carácter preliminar, resultantes das entrevistas e do grupo focal já realizados, encontrando-se ainda em curso a recolha de novos testemunhos. Estes contributos visam consolidar uma base empírica mais abrangente, que sustentará, numa fase posterior, a construção do inquérito por questionário. Pretende-se, assim, identificar de que modo se constroem as representações sociais da saúde mental entre estudantes do ensino superior, respondendo à questão de partida. O mapeamento do campo da saúde mental constitui, deste modo, uma etapa essencial para o aprofundamento e conclusão da investigação, que procura contribuir para a compreensão de um fenómeno social de reconhecida relevância.

Os argumentos apresentados evidenciam a importância da construção cuidadosa do objeto de estudo e a atenção indispensável que deve acompanhar cada etapa da investigação. A relevância dos detalhes, dos procedimentos e do envolvimento do investigador são elementos centrais para que todas as opções e práticas adotadas durante a pesquisa se articulem de forma coerente e consistente (Bourdieu, 1989).

A noção de investigador em dificuldades (Camalhão, 2021) abrange situações como a ausência de financiamento, a inexperiência técnica ou teórica, e a dificuldade de acesso ao campo, todas capazes de

desmotivar e afetar significativamente a construção da investigação. Reconhecer essas condições é essencial, não apenas para compreender os constrangimentos do trabalho em curso, mas também para situar o estudo no contexto mais amplo das condições sociais, institucionais e simbólicas que moldam a produção de conhecimento.

Adicionalmente, os resultados preliminares evidenciam cinco dimensões centrais que estruturam as representações dos estudantes sobre a saúde mental: a pressão temporal e a sobrecarga académica, que afetam a gestão de tempo e a saúde física e psicológica; as normas de género e papéis sociais, que influenciam a forma como cada indivíduo experiencia vulnerabilidades e procura ajuda; o estigma, internalizado e socialmente presente, que condiciona discursos e comportamentos; o corpo, enquanto instrumento simbólico e social, mediador de integração e identidade; e a agência do estudante, revelada na capacidade de adaptação, negociação de recursos e construção de estratégias para lidar com o sofrimento. Estas dimensões interagem entre si, evidenciando a complexidade do fenómeno estudado e a necessidade de considerar simultaneamente fatores individuais, sociais e institucionais na análise das representações em saúde mental.

Anexo A

Quadro 1 Distribuição dos participantes nas diferentes etapas do estudo

Referência	Participou no estudo			Pod cast
	Primeira Entrevista	Segunda Entrevista	Grupo Focal	
Eb1	Não	Sim	Não	Sim
Eb2	Não	Sim	Não	Sim
Eb3	Não	Sim	Não	Não
Eb4	Não	Sim	Não	Não
Eb5	Não	Sim	Sim	Não
Eb6	Não	Sim	Não	Não
Eb7	Não	Sim	Sim	Não
Eb8	Não	Sim	Sim	Não
Eb9	Não	Sim	Sim	Não
Eb10	Não	Sim	Sim	Não
Eb11	Não	Sim	Sim	Não
Eb12	Não	Sim	Não	Não
Eb13	Não	Sim	Não	Não
Eb14	Não	Sim	Não	Não
Eb15	Não	Sim	Não	Não
Eb16	Não	Sim	Não	Não
Eb17	Não	Sim	Não	Não
Ea1	Sim	Não	Não	Não
Ea2	Sim	Não	Não	Não
Ea3	Sim	Não	Não	Não
Ea4	Sim	Não	Não	Não
Ea5	Sim	Não	Não	Não
GF1	Não	Não	Sim	Não
GF2	Não	Não	Sim	Não
GF3	Não	Não	Sim	Não
GF4	Não	Não	Sim	Não

Quadro 2 Caracterização socioeconómica dos estudantes participantes no estudo

	Sexo	Idade	Nacion.	Natura.	Deslocado	Instituição de Ensino	Curso	Ano	Bolsa de Estudo	Trabalhador -Estudante	Depende do rendimento mensal	Tempo deslocação casa/ inst ensino	Como se desloca	Pensou em desistir
Eb1	F	19	Portuguesa	Barreiro	Não	Iscte	Licenciatura Ciência Política	2.º	Não	Sim	Família	1h30 a 2h30	Transportes públicos	Sim
Eb2	M	18	Portuguesa	Cascais	Sim	Iscte	Licenciatura Gestão Industrial e Logística	2.º	Não	Não	Família	1h30 a 2h30	Transportes Públicos/ carro próprio	Não
Eb3	F	19	Portuguesa	Lisboa	Não	Iscte	Licenciatura Sociologia	2.º	Não	Não	Família	1h a 1h30	Transportes públicos	Não
Eb4	F	19	Portuguesa	Torres Vedras	Não	Iscte	Licenciatura Gestão	2.º	Sim	Não	Família/Bolsa	1h a 1h30	Transportes públicos	Não
Eb5	M	21	Portuguesa	Venteira	Não	Iscte	Mestrado Ciências da Emoção	1.º	Sim	Não	Família/Bolsa	30m a 1h	Transportes públicos	Sim
Eb6	F	22	Portuguesa	Portimão	Sim	Iscte	Mestrado Psicologia Social	1.º	Não	Sim	Bolsa	menos de 30m	A pé	Sim
Eb7	M	19	Portuguesa	Barreiro	Não	Iscte	Licenciatura Gestão	2.º	Não	Não	Família	1h a 1h30	Transportes públicos	Não
Eb8	F	19	Portuguesa	Odivelas	Não	Iscte	Licenciatura Sociologia	2.º	Não	Sim	Família	30m a 1h	Transportes Públicos/ carro próprio	Não
Eb9	M	21	Portuguesa	Porto	Não	Iscte	Mestrado Comunicação Cultura e Tecnologias de Informação	1.º	Sim	Não	Bolsa	30m a 1h	Transportes públicos	Sim
Eb10	F	19	Portuguesa	Lisboa	Não	Iscte	Licenciatura Sociologia	2.º	Sim	Não	Bolsa	30m a 1h	Transportes Públicos/ carro próprio	Não
Eb11	M	19	Portuguesa	Lisboa	Não	Iscte	Licenciatura Sociologia	2.º	Não	Não	Família	30m a 1h	Transportes públicos	Sim
Eb12	M	19	Portuguesa	Seixal	Não	Iscte	Licenciatura Sociologia PL	2.º	Não	Não	Família	30m a 1h	Transportes públicos	Não

	Sexo	Idade	Nacion.	Natura.	Deslocado	Instituição de Ensino	Curso	Ano	Bolsa de Estudo	Trabalhador -Estudante	Depende do rendimento mensal	Tempo deslocação casa/ inst ensino	Como se desloca	Pensou em desistir
Eb13	F	19	Portuguesa	Fundão	Sim	Iscte	Licenciatura Gestão	2.º	Sim	Não	Família/bolsa	menos de 30m	Transportes públicos	Não
Eb14	M	19	Portuguesa	Alcochete	Não	Iscte	Licenciatura Gestão Industrial e Logística	2.º	Não	Não	Família	1h a 1h30	Transportes públicos	Não
Eb15	F	21	Portuguesa	Barreiro	Sim	Iscte	Licenciatura Sociologia	3.º	Não	Não	Família	1h a 1h30	Transportes públicos	Não
Eb16	F	22	Portuguesa	Almada	Não	Iscte	Mestrado Gestão S. Saúde	1.º	Não	Não	Família	30m a 1h	Transportes públicos	Não
Ea1	F	21	Portuguesa	Lisboa	Não	Iscte	Licenciatura Sociologia	2.º	Sim	Não	Família	30m a 1h	Transportes públicos	Sim
Ea2	M	20	Portuguesa	Torres Vedras	Não	Iscte	Licenciatura Sociologia	2.º	Sim	Não	Família	1h a 1h30	Transportes públicos	Não
Ea3	F	20	Portuguesa	Barreiro	Não	Iscte	Licenciatura Sociologia	2.º	Não	Não	Família	1h a 1h30	Transportes públicos	Não
Ea4	F	20	Portuguesa	Lisboa	Não	Iscte	Licenciatura Sociologia	2.º	sim	Não	Família/bolsa	1h a 1h30	Transportes públicos	Não
Ea5	F	20	Portuguesa	Lisboa	Não	Iscte	Licenciatura Sociologia	2.º	Não	Não	Família	30m a 1h	Transportes públicos	Sim
GF1	M	22	Portuguesa	Barreiro	Não	Iscte	Licenciatura Informática e Gestão de Empesas	2.º	Não	Não	Família	1h a 1h30	Transportes públicos	Não
GF2	F	22	Portuguesa	Braga	Sim	Iscte	Licenciatura Ciência Política	2.º	Sim	Não	Família/bolsa	menos de 30m	A pé	Não
GF3	F	30	Cabo-verdiana	Cabo Verde	Não	Iscte	Mestrado em Estudos Africanos	1.º	Não	Sim	Próprio	menos de 30m	Transportes públicos	Não
GF4	F	43	Portuguesa	Almada	Não	Iscte	Mestrado em Políticas Públicas	1.º	Não	Sim	Próprio	30m a 1h	Carro próprio	Não

Bibliografia

Almeida, João Ferreira de (1994), *Introdução à Sociologia*, Lisboa, Universidade Aberta.

Archer, Margaret (2013), *Social Morphogenesis*, Nova Iorque/Londres, Springer.

Bastide, Roger (1968), *Sociologia das Doenças Mentais*, trad. Ramiro da Fonseca, Biblioteca Universitária, Publicações Europa-América.

Beck, Ulrich, Anthony Giddens, e Scott Lash (2000), *Modernização Reflexiva*, Oeiras, Celta Editora.

Bloom, Samuel (1963), *The Word as Scalpel*, Nova Iorque, The Free Press.

Bourdieu, Pierre (1989), *O Poder Simbólico*, Lisboa, Difel.

Bourdieu, Pierre (2002), *Esboço de uma Teoria da Prática. Precedido de Três Estudos de Etnologia Cabila*, trad. Miguel Serras Pereira, Oeiras, Celta.

Bourdieu, Pierre (2012), *A Dominação Masculina*, Lisboa, Edições 70 (1.ª ed. 1998).

Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon, e Jean-Claude Passeron (2010), *Ofício de Sociólogo - Metodologia da Pesquisa na Sociologia,* Petrópolis, Editora Vozes (ed. orig. 1968).

Camalhão, Serafim (2021), "Desafios colocados à investigação ao contexto e ao investigador: adaptação ao investigador em dificuldades e em contexto difícil", *NTQR*, 7. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2184-77702021000200067&lng=pt&nrm=iso

Canguilhem, Georges (2009), *O Normal e o Patológico*, Rio de Janeiro, Forense Universitária.

Canty-Mitchell, Jennifer, e David Zimet (2000), "Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents", *American Journal of Community Psychology*, 28 (3), pp. 391-400.

Carapinheiro, Graça (1986), "A saúde no contexto da sociologia", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1, pp. 9-22.

Carapinheiro, Graça, e Tiago Correia (2015), "Diálogos com a sociologia da saúde e da doença", em *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais*, Lisboa, Mundos Sociais.

Casanova, José Luís (2016), "Desigualdade e ação: disposições, reflexividade, orientações sociais", em Fernando Luís Machado, António Nunes de Almeida, e António Firmino da Costa (orgs.), *Sociologia e Sociedade. Estudos de Homenagem a João Ferreira de Almeida*, Lisboa, Mundos Sociais, pp. 313-343.

Castel, Robert (1976), *La Métamorphose de la Question Sociale*, Paris, Éditions du Seuil.

Connell, Raewyn, e Rebecca Pearse (2015), *Gênero. Uma Perspetiva Global*, São Paulo, nVersos.

Ebert, David D., Alexandra-Christina Zarski, Helen Christensen, Pim Cuijpers, Gerhard Andersson, Ronald C. Kessler, et al. (2018), "Internet interventions for mental health in children and adolescents: a systematic review", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57 (5), pp. 400-408. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.02.017

Ehrenberg, Alain (1998), *La Fatigue d'Être Soi - Dépression et Société*, Paris, Odile Jacob.

Ehrenberg, Alain (2004a), "Depressão, doença da autonomia?", *Ágora*, VII (1), pp. 143-153.

Ehrenberg, Alain (2004b), "Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale - Point de vue", *Revue Française des Affaires Sociales*, 1, pp. 77-88.

Ehrenberg, Alain (2009), "O sujeito cerebral", *Psicologia Clínica*, 21 (1), pp. 187-213.

Ehrenberg, Alain (2010), *O Culto da Performance. Da Aventura Empreendedora à Depressão Nervosa*, São Paulo, Ideias & Letras.

Ehrenberg, Alain (2021), "Uma sociedade pode estar cansada?", *Le Monde*, disponível em: https://www.insurgencia.org/blog/alain-ehrenberg-uma-sociedade-pode-estar-cansada.

Flick, Uwe (1992), "La perception quotidienne de la santé et de la maladie - aperçu général en introduction", em *La Perception Quotidienne de la Santé et de la Maladie - Théories Subjectives et Représentations Sociales*, Paris, L'Harmattan.

Fontes, Carla, e Inês Macedo (2020), "Perceção das experiências académicas e saúde mental na adaptação ao ensino superior: que relações?", *Revista Lusófona de Educação*, 49, pp. 199-213.

Foucault, Michel (1976), *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*, London, Tavistock Publications.

Foucault, Michel (1977), *O Nascimento da Clínica*, trad. Roberto Machado, Rio de Janeiro, Forense Universitária.

Foucault, Michel (1978), *História da Loucura na Idade Clássica*, São Paulo, Perspectiva.

Foucault, Michel (2001), *Os Anormais. Curso no Collège de France* (1974-1975), trad. Brandão, São Paulo, Martins Fontes.

Freidson, Eliot (1970), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Harper & Row.

Giddens, Anthony (1992), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta Editores.

Giddens, Anthony (2002), *Modernidade e Identidade*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
Giddens, Anthony (2003), *A Constituição da Sociedade*, São Paulo, Martins Fontes.
Giddens, Anthony (2013), *Sociologia*, 9.ª edição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
Goffman, Erving (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Harmondsworth, Penguin.
Goffman, Erving (1967), *Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behavior*, Nova Iorque, Anchor Books.
Goffman, Erving (2004), *Estigma - Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, 4.ª ed., trad. Mathias Lambert, Rio de Janeiro, LTC (ed. orig. 1963).
Goleman, Daniel (2025), *Inteligência Emocional*, 33.ª ed., Lisboa, Temas e Debates (ed. orig. 1995).
Graça, João, e Rita Gomes Correia (2018), "Acerca da multidimensionalidade da categoria sofrimento", *Revista Brasileira de Psicanálise*, 52 (3), pp. 109-129.
Herzlich, Claude (2004), *Health and Illness. A Social Psychological Perspective*, London.
Illich, Ivan (1975), *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, New York, Pantheon.
Jodelet, Denise (2005), *Loucuras e Suas Representações Sociais*, Petrópolis, Vozes.
Lahire, Bernard (2003), *O Homem Plural - As Molas da Ação, Lisboa,* Instituto Piaget.
Lahire, Bernard (2004), "Estar disposto", em *Retratos Sociológicos. Disposições e Variações Individuais*, Mato Grosso, Artmed.
Lahire, Bernard (2005), "Patrimónios individuais de disposições: para uma sociologia à escala individual", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 49, pp. 11-42.
Laidlaw, Anita, Julie McLellan, e Gosde Ozakinci (2016), "Understanding undergraduate student perceptions of mental health, mental wellbeing and help-seeking behaviour", *Studies in Higher Education*, 41 (12), pp. 2156-2168. DOI: https://doi.org/10.1080/03075079.2015.1026890.
Landstedt, Evelina, Kenneth Asplund, e Katja Gillander Gadin (2009), "Understanding adolescent mental health: the influence of social processes, doing gender and gendered power relations", *Sociology of Health & Illness*, 31 (7), pp. 962-978. DOI: https://doi.org/10.1111/j.0141-9889.2009.01177.
Lopes, João Teixeira (2015/16), "A universidade e os seus estudantes: um olhar de dentro", *Revista Lusófona de Estudos Culturais*, 3 (2), pp. 81-90.
Mauss, Marcel (2003), "O corpo é o primeiro e mais natural instrumento do homem", *Sociologia e Antropologia*, São Paulo.

McKeown, Mick, e Fiona Jones (2014), "Service user involvement", em I. Hulatt (ed.), *Mental Health Policy for Nurses*, Londres, Sage, pp. 135-171.

Moscovici, Serge (2007), *Representações Sociais. Investigações em Psicologia Social*, 5.ª ed., Petrópolis, Vozes.

Nogueira, Maria José (2017), *Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior. Fatores Protetores e Fatores de Vulnerabilidade*, tese de doutoramento em Enfermagem, Lisboa, Universidade de Lisboa.

Ong, Victoria (2017), *The Elephant in the Classroom. College Students' Perceptions of Mental Health and Barriers to Accessing Mental Health Services on College Campuses*, tese de mestrado, Tennessee, Middle Tennessee State University.

Pais, João Machado, e Vítor Sérgio Ferreira (2010), *Tempos e Transições de Vida. Portugal ao Espelho da Europa*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Parsons, Talcott (1951), *The Social System*, New York, Free Press.

Porter, Roy (2002), *Madness - A Brief History,* Oxford, Oxford University Press.

Quivy, Raymond, e Luc Van Campenhoudt (2003), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.

Ricciardelli, Rosemary, e Kimberley Clow (2009), "Men, appearance, and cosmetic surgery: the role of self-esteem and comfort with the body", *Canadian Journal of Sociology*, 34 (1), pp. 105-134.

Rose, Nikolas (1996), *Inventing Our Selves. Psychology, Power and Personhood*, Cambridge, Cambridge University Press.

Rose, Nikolas (1999), *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*, Londres/Nova Iorque, Free Association Books.

Rose, Nikolas, e Des Fitzgerald (2022), *The Urban Brain. Mental Health in the Vital City*, Princeton, Princeton University Press.

Sanders, Michael (2023), Student Mental Health in 2023: Who is Struggling and How the Situation is Changing, King's College London Policy Institute & TASO, disponível em: https://www.kcl.ac.uk/policy-institute/assets/student-mental-health-in-2023.pdf

Santos, Maria Luísa Rita Reis (2011), *Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários*, tese de doutoramento em Psicologia, Universidade de Aveiro.

Silva, Pedro Alcântara, Joaquim Caetano, Rute Borrego, Elsa Lavado, Cecílio Lázaro, João Limão, Sérgio Moreira, Jussara Rowland, e Natacha Torres da Silva (2024), *Saúde e Estilos de Vida no Ensino Superior em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Silveira, Celeste, Andreia Norton, Isabel Brandão, e António Roma-Torres (2011), "Saúde mental em estudantes do ensino superior: experiência da consulta de

psiquiatria do Centro Hospitalar São João", *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2), pp. 247-256. DOI: https://doi.org/10.20344/amp.1504

Sontag, Susan (2023), *A Doença como Metáfora seguido de A Sida e Suas Metáforas*, 2.ª ed., Lisboa, Quetzal Editores.

Turner, Bryan S. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, Londres, Sage.

Veiga, Sofia, Helena Lopes, e Sofia Castanheira Pais (2024), *O Ensino Superior em Perspetiva: Olhares de Professores sobre as Continuidades e Transformações Sucedidas nas Últimas Décadas*, Porto, Editora Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Educação.

WHO (2025), "Mental health", disponível em: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

Zola, Irving Kenneth (1972), "Medicine as an institution of social control", *Sociological Review*, 20 (4), pp. 487-504.