

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**STEFANY CAROLINY DE SOUZA**

**AUTOEFICÁCIA E SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DO ENSINO  
SUPERIOR: ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL**

**CÁCERES-MT  
2022**

**STEFANY CAROLINY DE SOUZA**

**AUTOEFICÁCIA DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: ANÁLISE  
MULTIDIMENSIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado de Mato Grosso, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Educação.

Orientador professor Dr. Riller Silva Reverdito.  
Coorientadora professora Dr.<sup>a</sup> Poliany Cristiny de Oliveira Rodrigues

**CÁCERES-MT  
2022**

## CIP – CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

S719a Souza, Stefany Caroliny de.

Autoeficácia e saúde mental dos estudantes do Ensino Superior: análise multidimensional / Stefany Caroliny de Souza – Cáceres, 2022.

138 f.; 30 cm. Il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Dissertação/Mestrado) – Curso de Pós-graduação *Stricto Sensu* (Mestrado Acadêmico) Educação, Faculdade de Educação e Linguagem, Câmpus de Cáceres, Universidade do Estado de Mato Grosso, 2022.

Orientador: Dr. Riller Silva Reverdito.

Coorientadora: Dra. Poliany Cristiny de Oliveira Rodrigues.

1. Educação em Saúde. 2. Saúde Mental. 3. *Coping*. 4. Desenvolvimento Humano. 5. Estudante. I. Reverdito, R. S., Dr. II. Rodrigues, P. C. de O., Dra. III. Título. IV. Título: análise multidimensional.

CDU 613.86

**STEFANY CAROLINY DE SOUZA**

**AUTOEFICÁCIA E SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DO ENSINO  
SUPERIOR: ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL**

Dissertação de Mestrado aprovada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado de Mato Grosso, para obtenção do título de Mestra em Educação.

**BANCA EXAMINADORA**

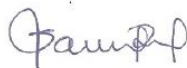


---

**Prof. Dr. Riller Silva Reverdito**

Orientador

*Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT*



---

**Profa. Dra. Samira Reschetti Marcon**

Avaliadora Externa

*Universidade Federal De Mato Grosso – UFMT*



---

**Profa. Dra. Eliane Ignotti**

Avaliadora Interna

*Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT*

APROVADA EM: 30/05/2022.

*Adoro pérolas.*

*Pela delicadeza e origem.*

*A origem das pérolas começa quando um grão de areia, vai para dentro do corpo da ostra e causa irritação.*

*Uma invasão e uma dor.*

*A ostra então, tenta aliviar sua dor. Como defesa, libera uma substância, chamada nácar que envolverá o grão. As camadas de nácar depositadas no grão formam uma substância lisa e compacta que após um tempo necessário formará o que chamamos de uma bela pérola.*

*Uma ostra que não foi ferida, nunca vai produzir pérolas, pois, a pérola é uma ferida cicatrizada.*

*As pérolas cultivadas são produzidas da mesma forma que as naturais, porém utilizando de técnicas, que consiste em acelerar esse processo.*

*Qual será o acelerador que podemos usar nos processos de nossas dores?*

*Quais são as suas dores? [...]*

*Então, você já produziu uma pérola em volta das suas dores?*

*Pérolas são produtos dos processos, as aprendizagens dos sofrimentos que vivenciamos na vida. [...]*

*Fabricar pérolas ou manter as dores? [...]*

*Não há um certo ou errado. Não há uma dor sem coerência. Cada um com sua singularidade carrega seu processo.*

*E a natureza sempre sábia não impõe nem sugere, só nos oferece a lição, deixando a escolha de acelerarmos ou não o processo de bem-estar na vida.*

*A Ostra e a Pérola nos lembrarão sempre desta possibilidade.*

*(Telma Lenzi, 2013).*

*Dedico esta dissertação à minha família, que sempre me ajudou em tudo, em especial à minha mãe Edivane Nunes de Souza e minha vovó Madalena Nunes de Souza, que nunca mediram esforços para me criar e sustentar, me direcionando nos caminhos do Senhor, e me auxiliando nas minhas escolhas. Tenho certeza de que retribuirei a vocês, todos os esforços.*

### ***Agradeço...***

*Primeiramente a Deus, que tem me sustentado e me fortalecido, sempre me proporcionando graça e sabedoria em todos os momentos da minha vida, mesmo com todas as minhas falhas.*

*Grandemente a minha mamãe Edivane, por sempre estar ao meu lado, e ser meu porto seguro. Agradeço pelos ensinamentos, por me inspirar a cada dia e por ser uma mãe em dobro, para mim e minha irmã. Parabéns pela conquista na aprovação em Pedagogia, curso a qual sempre sonhou, mas que deixou seu sonho de lado para trabalhar e cuidar de mim. Obrigada mãe, por nunca ter desistido de mim! Chegou o seu momento de se transformar e voar. És uma mulher batalhadora, sensacional e maravilhosa!*

*À minha “nenê” Elisiane Nunes de Souza Jesus, minha irmã querida, minha “pretinha”, meu pedaço de mim, a quem me esforço para ser exemplo. Obrigada pelas brigas! Obrigada por existir!*

*Agradeço também a minha família “Nunes de Souza”, minha vovó Madalena, meu avô Cecílio (que chamo de pai) e minha tia Eliane, pelo apoio e colaboração direta ou indireta em qualquer situação. Aproveito e peço desculpas pelos momentos de ausência ou que estava um pouco estressada. Do meu jeito, amo vocês família!*

*A meu padrasto Ezequiel Herculano de Jesus (in memoria), que há sete anos Deus o chamou para descansar. Agradeço por ter me ensinado muitas coisas, principalmente a me socializar, me posicionar em determinadas situações e a persistir nos meus objetivos (mesmo que a persistência e posicionamento já eram da minha personalidade). ‘Sei que se estivesse aqui, estaria mega feliz por mim e por toda a família e não iria cansar de contar para as pessoas sobre as minhas conquistas’.*

*Agradeço eternamente à irmã Rosilene Jacobina pelo auxílio até mesmo nos momentos mais difíceis da minha vida, principalmente em 2011 quando tive Tuberculose Pulmonar e posteriormente, Hepatite Medicamentosa. Obrigada minha guerreira, pelo auxílio a mim e minha família!*

*À irmã Odete (in memória), irmão Argemiro Ortiz, Regiane (Rê) e sua filha Isabela pelas orações e auxílio desde a minha infância. Obrigada pela amizade e orientações! Tenho um carinho enorme por todos.*

*Aos meus amigos de infância, Iury, Fabiane, João Lucas e Rithyele, e que constituí na graduação, Magda (Magdinha) e Josiele (Lely) pelas palavras de incentivo ao longo da minha vida pessoal e acadêmica. E um agradecimento especial a minha amiga Magda por praticamente todos os momentos estar ao meu lado, sendo eles bons e ruins (choramos e*

sorrimos juntas). Esta amizade guardarei eternamente em meu coração. Obrigada amigos pela presença, abraço, apoio, principalmente quando meu padrasto faleceu! Vocês são sensacionais!

Às meninas do grupo de pesquisa CISMA, Lohayne, Letícia Martins e Débora pelos incentivos, contribuições e aprendizagem.

Agradeço a equipe CIPEEF, principalmente ao LEAPE pela receptividade, acolhimento, aprendizagem e troca de experiência. Um segredo, 'eu amo quando vocês enfatizam que sou a enfermeira do grupo'. É sensacional!

Agradeço a pessoa que mais me ajudou na análise dos dados, que ficou do meu lado (quase) todo momento, sempre atendo para que não errasse, Luciano ("vulgo Lúcius"). Obrigada pela parceria, amizade, reciprocidade, carinho, por ser super prestativo e ranzinza e, pelas conversas aleatórias! Continue com esse seu coração 'peludo' mais fofo do mundo.

À Karyna ("amiguinha 1"), pela reciprocidade, parceria, por contribuir diretamente no processo de aprendizagem e por acreditar em mim e me motivar, sempre usando a frase "você consegue, eu sei que consegue". Isso fez e faz total diferença. Obrigada pelos momentos de descontração e de desabafo, e por me ensinar sobre o meu temperamento! Obrigada em dobro pelo seu olhar acolhedor! Você é sensacional, maravilhosa e incrível!

À Leilane ("amiguinha 2" e/ou "primeira-dama") por proporcionar momentos reflexivos e por instigar a busca de conhecimento. É admirável sua trajetória pessoal e acadêmica, e a forma que aborda as questões da mulher no esporte, engajamento e outras questões. Obrigada pela reciprocidade, trocas de saberes, momentos "na caixa do nada", de conversas aleatórias, desabafo e de descontração! Você é sensacional, incrível e super fofo!

À Miqueias (Micky), Danyele (Dany), Emanuel (Manu), Jaqueline (Jaque), Edésio (Dedé) e Elson, pela parceria e momentos de descontração. Vocês são demais!

Agradeço à Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), local onde iniciei minha caminhada como sonhadora, me formei Bacharela em Enfermagem e retorno como docente e pesquisadora. Ao PPGEdU e docentes, agradeço o rico aprendizado. Obrigada!

Aos colegas de turma do mestrado, principalmente, Ana Paula, Natália Gentil e Leandro "Pesca", por compartilhar conhecimento, descobertas, trocas, aprendizagens, momentos de desabafo e desespero, além das vibrações positivas e companheirismo.

Aos membros da banca, Dra. Samira Reschetti Marcon e Dra. Eliane Ignotti pela rica contribuição desde a qualificação. Aproveito e agradeço a Dra. Helena Ferraz Buhler pelo auxílio na fase introdutória da análise de dados e manuseio do programa R. Obrigada, mulheres pesquisadoras!



*E agradeço os meus queridos orientadores, que foram ferramentas fundamentais no meu processo de aprendizagem e desenvolvimento enquanto pesquisadora, proporcionando momentos reflexivos e de desconstrução pessoal e de paradigmas, além de ressignificação.*

*Assim, agradeço a minha primeira orientadora, a docente Dra. Poliany Rodrigues (Poly) que com sua visão holística, iniciei os primeiros passos na pesquisa, me vinculando ao CISMA na graduação. Obrigada pelas aulas da disciplina de Assistência de Enfermagem na Saúde Mental, na qual eu comecei a ficar fascinada com os aspectos psíquicos, além de me aceitar para orientação, e por me motivar e estimular a ser uma jovem mulher, enfermeira, pesquisadora e docente! Obrigada por ter pegado na minha mão, quando fui convocada no seletivo docente da UNEMAT, isso significou muito para mim. Reconheço que por algum tempo, até posso ter me ausentado, porém, fico feliz pela minha trajetória e por você fazer parte dela. Obrigada também pelos feedbacks e empatia! Obrigada mil, milhões, “metamorfose ambulante”!*

*Agradeço ao meu querido e amado orientador, o docente Dr. Riller Reverdito (mais conhecido como “chefe”) pelo desafio de aceitar uma orientanda que pesquisa sobre saúde mental. Obrigada pelo acolhimento e por me intitular a “chefe da saúde do grupo”! Agradeço imensamente por respeitar o meu espaço no “meu mundinho escuro” e pela liberdade, mas também por estar super presente. Obrigada pelas suas orientações que vão para além de uma questão formal entre orientador e orientanda, que proporcionou a ressignificação do meu ser! Sou grata pela sua competência, dedicação e humanização que me (e nos) inspira a evoluir de forma multidimensional, buscar conhecimento e ajudar o próximo, além de instigar à reflexão e visão holística enquanto pesquisadora. Agradeço também pelas oportunidades, ensinamentos, carinho e por me escutar. É claro que irei continuar no grupo e nunca, jamais, em hipótese alguma esquecerei das suas orientações. Mas uma vez, obrigada por tudo!*

*Assim, inicio e finalizo agradecendo a Deus. Aqui, agradeço a Ele por ter colocado cada um de vocês na minha vida. Serei eternamente grata por ter experienciado momentos excepcionais com todos. É IMENSURÁVEL a tamanha gratidão e admiração que tenho. Da mesma forma que se alegram com as minhas conquistas, fico muito feliz e ainda mais eufórica com as conquistas de cada um, mesmo que pareça ser minúscula; já que “o essencial é invisível aos olhos” (O pequeno príncipe).*

**OBRIGADA!**

## RESUMO

**Problema de pesquisa:** Quais são as crenças de autoeficácia dos estudantes do ensino superior e como se relacionam com as estratégias de enfrentamento de problemas e indicadores de sofrimento psíquico? **Objetivo:** Analisar a autoeficácia percebida dos estudantes do ensino superior e sua relação com as estratégias de enfrentamento de problemas e com indicadores de sofrimento psíquico. **Materiais e métodos:** Trata-se de um inquérito epidemiológico, realizado com os estudantes da Universidade do Estado de Mato Grosso no período de 2017 e 2018. Os dados foram coletados por meio de um questionário autoaplicável online que foram enviados nos e-mails dos estudantes, contendo questões sociodemográficas, hábitos de vida e fatores acadêmicos. Para avaliar os indicadores de sofrimento psíquico dos estudantes, utilizou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, e para avaliar as estratégias de enfrentamento de problemas, utilizou-se o inventário de estratégias de *Coping*. A escala de Autoeficácia Percebida foi utilizada para avaliar as crenças que o indivíduo tem sobre a sua capacidade de realizar com sucesso determinada atividade. Esses dados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial. Para cálculo de associações entre autoeficácia e fatores associados, utilizou-se o Teste U de *Mann-Whitney* e Teste H de *Kruskal-Wallis*, e entre o sofrimento psíquico, *coping*, autoeficácia e fatores associados, utilizou-se a Correlação de *Spearman*, todos no nível de significância de 5%, utilizando-se o programa estatístico SPSS 26.0. E para associação entre as variáveis categóricas, utilizou-se a Análise de Correspondência Múltipla no programa R 4.1.2, sendo apresentada na tabela de distribuição dos resultados e mapa perceptual. O estudo foi embasado no projeto matricial “Saúde Mental é Essencial”, sob parecer de nº 1.851.630. **Resultados:** Participaram da pesquisa 669 estudantes. As dimensões de autoeficácia foram proporcionais entre si e com as estratégias de *coping* de aproximação e negativa com a evitação. As melhores médias de autoeficácia iniciativa foram em estudantes que não praticavam atividade física (3,31), não usavam tabaco (3,25) e nunca reprovaram (3,24). Para esforço foram os estudantes que apresentaram sintomas sugestivos de depressão (3,21) e não utilizaram substância alcoólica (3,20) e para persistência, os estudantes heterossexuais (2,44) e não usavam tabaco (2,44). Estudar 3 horas ou mais extraclasse foi significativo em todas as dimensões (3,32, 3,22 e 2,47, respectivamente). Características do estudante, do curso, desempenho e contentamento e hábitos de vida e estudos se associaram ao diagnóstico provável de ansiedade e/ou depressão. **Considerações finais:** O sexo feminino, faixa etária entre 24 e 29 anos, fazer parte de outros campus, de cursos fora os da saúde, fase final do curso, não praticar atividade física, foram fatores acadêmicos associados tanto ao diagnóstico provável de ansiedade quanto depressão. Os fatores raça branca, estudar em um único período, não estudar a primeira escolha do curso, mudar de cidade para cursar a universidade, não trabalhar e estudar 2 horas ou menos por dia extraclasse, associaram-se a ansiedade, e os diagnósticos prováveis se associaram entre si, e as dimensões de autoeficácia agiram como fator protetivo entre os diagnósticos.

**Palavras-Chave:** Educação em saúde. Saúde mental. *Coping*. Desenvolvimento humano. Estudante.

## ABSTRACT

**Research problem:** What are the self-efficacy beliefs of college students and how do they relate to coping strategies and psychological distress indicators? **Aim:** Analyze the self-efficacy of college students and how do they relate with coping strategies and psychological distress indicators. **Materials and methods:** This is an epidemiological survey, carried out with students at the State University of Mato Grosso in the period 2017 and 2018. Data were collected through an online self-administered survey that was sent to students' emails, with sociodemographic, life habits, and academic factors questions. To assess the students' psychological distress indicators, we use the Hospital Anxiety and Depression Scale, and to assess coping strategies, the Coping Strategies Inventory was used. The Perceived Self-Efficacy scale were used to assess the beliefs about the ability to successfully perform a given activity. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data. To calculate compared between self-efficacy and compared factors, the Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis H Test were used, and between psychological distress, coping, self-efficacy and associated factors, the Spearman Correlation was used, we adopted a significance level of 5%, all analysis were performed in the software SPSS 26.0. To verify the association between categorical variables a multiple correspondence analysis were performed. The results are presented in the distribution table and perceptual map. This study is part of the project "Mental Health is Essential", registration No. 1.851.630. **Results:** A total of 669 students participated in this research. The dimensions of self-efficacy were positively correlated to each other and with the coping approach and negatively correlated with coping avoidance. Students who did not practice physical activity (3.31), non-smokers (3.25), and never failed in class (3.24) have higher means of the initiative. Higher effort values were founded in students who presented symptoms suggestive of depression (3.21) and did not use alcoholic substances (3.20). Students with symptoms suggestive of depression (3.21) and don't drink alcohol (3.20) have a higher mean of effort. Students heterosexual (2.44) and non-smokers (2.44) have higher values of persistence. Studying more than 3 hours outside class was significant in all dimensions (3.32, 3.22, and 2.47, respectively). A probable diagnosis of anxiety and/or depression is associated with student, performance, contentment, life habits, and study characteristics. **Closing remarks:** Probable anxiety and depression diagnoses are associated with academic factors, being female, aged between 24 and 29 years old, being part of other campuses, taking non-health courses, being in the final stage of the undergraduate course, and not practicing physical activity. Factors such as caucasian race, studying in a single period, not attending the first-choice course, moving to another city to attend university, not working, and studying 2 hours or less a day outside school were associated with anxiety. The probable diagnoses were associated with each other. The dimensions of self-efficacy acted as a protective factor between diagnoses.

**Keywords:** Health education. Mental Health. Coping. Human development. College student.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACM – Análise de Correspondência Múltipla  
AE – Autoeficácia  
AF – Atividade Física  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CIPEEF – Centro Interdisciplinar de Pesquisa sobre Esporte e Exercício Físico  
CISMA – Comportamento, Identidade, Saúde Mental e Ambiente (grupo de pesquisa)  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DINTER – Doutorado Interinstitucional  
DM – Diferença Média  
DP – Desvio Padrão  
DPA – Diagnóstico Provável de Ansiedade  
DPD – Diagnóstico Provável de Depressão  
EHAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão  
ENF – Enfermagem  
FUNEMAT – Fundação Universidade do Estado de Mato Grosso  
FA – Frequência Absoluta  
FACIS – Faculdade de Ciências da Saúde  
FR – Frequência Relativa  
GSES – General Self-Efficacy Scale  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IESC – Instituto do Ensino Superior de Cáceres  
LEAPE – Laboratório de Estudos Aplicados em Pedagogia do Esporte  
M – Média  
MBDH – Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano  
MCA – Multiple Correspondence Analysis  
MINTER – Mestrado Interinstitucional  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PAF – Prática de Atividade Física  
PPCT – Processo-Pessoa-Contexto-Tempo

PPGCA – Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais

PPGEDU – Programa de Pós-Graduação em Educação

PPGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

RP – Razão de Prevalência

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TABWIN – Tab para Windows

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC – Transtorno Mental Comum

TSC – Teoria Social Cognitiva

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

UNEMAT – Universidade do Estado de Mato Grosso

WHO – World Health Organization

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e fatores acadêmicos dos estudantes do ensino superior – UNEMAT, 2017 e 2018.....	58
Tabela 2 – Distribuição das variáveis de autoeficácia, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e fatores associados dos estudantes do ensino superior – UNEMAT, 2017 e 2018. ....	63
Tabela 3 – Média, diferença de média e desvio padrão para autoeficácia dos estudantes do ensino superior, segundo fatores associados e seus respectivos valores do Teste U de <i>Mann-Whitney</i> ou Teste H de <i>Kruskal-Wallis</i> one-way anova – UNEMAT, 2017 e 2018. ....	64
Tabela 4 – Correlação de <i>Spearman</i> ( $\rho$ ) entre as variáveis de autoeficácia, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e fatores associados dos estudantes do ensino superior – UNEMAT, 2017 e 2018.....	68
Tabela 5 – Análise de Correspondência Múltipla dos objetos de estudo: sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018.....	70
Tabela 6 – Análise de Correspondência Múltipla das características do estudante, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018. ....	74
Tabela 7 – Análise de Correspondência Múltipla das características acadêmicas, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018. ....	80
Tabela 8 – Análise de Correspondência Múltipla relacionado ao desempenho e contentamento dos estudantes, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018.....	85
Tabela 9 – Análise de Correspondência Múltipla dos hábitos de vida e estudo dos estudantes, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018.....	91

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Esquema analítico da dissertação. ....	22
Quadro 2 – Variáveis, suas respectivas categorias e código de identificação para MCA. ....	55

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo transacional de estresse/adaptação.....	33
Figura 2 – Mapa de distribuição dos estudantes por estado de residência. ....	61
Figura 3 – Mapa de distribuição absoluta dos estudantes de acordo com os municípios de residência no estado de Mato Grosso. ....	62
Figura 4 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre os objetos de estudo sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de ansiedade. UNEMAT, 2017-2018. ....	71
Figura 5 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre os objetos de estudo sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de depressão. UNEMAT, 2017-2018. ....	72
Figura 6 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre as características dos estudantes, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de ansiedade. UNEMAT, 2017-2018. ....	77
Figura 7 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre as características dos estudantes, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de depressão. UNEMAT, 2017-2018. ....	78
Figura 8 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre as características do curso, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de ansiedade. UNEMAT, 2017-2018. ....	82
Figura 9 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre as características do curso, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de depressão. UNEMAT, 2017-2018. ....	84
Figura 10 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre o desempenho e contentamento dos estudantes, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de ansiedade. UNEMAT, 2017-2018. ....	87
Figura 11 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre o desempenho e contentamento dos estudantes, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de depressão. UNEMAT, 2017-2018. ....	88
Tabela 9 – Análise de Correspondência Múltipla dos hábitos de vida e estudo dos estudantes, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018. ....	91



Figura 12 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre os hábitos de vida e estudos, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de ansiedade. UNEMAT, 2017-2018.....	92
Figura 13 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre os hábitos de vida e estudos, sofrimento psíquico, <i>coping</i> e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de depressão. UNEMAT, 2017-2018.....	93

## SUMÁRIO

<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>19</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>24</b>
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos .....	25
<b>3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO .....</b>	<b>26</b>
3.1 Aspectos conceituais e contextuais da Saúde .....	26
3.2 Educação em Saúde .....	28
<b>4 SAÚDE MENTAL COMO <i>CONTINUUM</i> DE SAÚDE-DOENÇA.....</b>	<b>30</b>
4.1 Processo Saúde-Doença.....	30
<b>5 AUTOEFICÁCIA COMO PROCESSO COGNITIVO E REGULADOR.....</b>	<b>36</b>
5.1 Autoeficácia .....	37
5.1.1 Fontes de Autoeficácia.....	40
5.2 Autoeficácia dos estudantes do ensino superior .....	46
<b>6 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>49</b>
6.1 Desenho do estudo .....	49
6.2 Lócus e sujeitos da Pesquisa .....	49
6.3 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	50
6.4 Análise dos dados .....	52
6.5 Aspectos éticos .....	57
<b>7 RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
7.1 Perfil da população de estudo .....	58
7.2 Fatores associados a autoeficácia .....	63
7.3 Associação dos fatores multidimensionais .....	69
<b>8 DISCUSSÃO .....</b>	<b>94</b>
8.1 Fatores associados a autoeficácia .....	94
8.2 Associação dos fatores multidimensionais .....	99
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>106</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>109</b>

<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ONLINE .....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE B – DETALHAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES ACADÊMICOS DOS ESTUDANTES. ....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE D – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES POR MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA/ MATO GROSSO.....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO A – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (EHAD) ...</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO B – INSTRUMENTO ADAPTADO DE <i>COPING</i> .....</b>	<b>132</b>
<b>ANEXO C – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA .....</b>	<b>133</b>
<b>ANEXO D – PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>134</b>

## GLOSSÁRIO

**Adaptação:** “ocorre quando a resposta física ou comportamental de um indivíduo a qualquer alteração no meio interno ou externo resulta na preservação da integridade dessa pessoa ou o retorno em tempo ao equilíbrio” (TOWNSEND, 2017, p. 04).

**Atividade física:** é qualquer movimento corporal, produzido pelo musculoesquelético que resulta em um aumento substancial do gasto energético acima do nível de repouso, podendo acontecer em qualquer momento e circunstâncias, englobando todos os tipos, intensidades e domínios (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018).

**Autoeficácia percebida:** “se refere às crenças nas capacidades individuais em organizar e executar os cursos de ação necessários para a produção de determinado feito ou realização” (BANDURA, 1997, p. 03 – tradução nossa).

**Convicção:** é uma ideia convicta de realizar com sucesso determinado comportamento para produção de resultados.

**Coping:** é um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelas pessoas para organizar e lidar com as situações estressoras (interna e/ou externa), oriundas do processo relação indivíduo e ambiente.

**Crença/Julgamento:** Idem o conceito de autoeficácia percebida.

**Desenvolvimento humano:** “Fenômeno que ocorre através de processos de interação recíproca progressivamente mais complexa entre um organismo humano biopsicológico ativo e em evolução, e as pessoas, objetos e símbolos do seu ambiente imediato” (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006, p. 797).

**Educação em saúde:** é um processo educativo de construção que se embasa em conhecimentos à saúde, que objetiva a formação e o desenvolvimento do pensamento crítico e de responsabilidade à população para que os execute segundo as suas necessidades.

**Estressor:** “fator biológico, psicológico ou químico que provoca tensão física ou emocional e pode ser um componente na etiologia de certas doenças” (TOWNSEND, 2017, p. 02).

**Estudantes do ensino superior:** indivíduos matriculados em um curso do ensino superior (universidade).

**Experiência:** “é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca” (LARROSA, 2002, p. 21). “O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida” (LARROSA, 2002, p. 27). Tanto as propriedades objetivas, quanto as subjetivas são essenciais para a existência humana, sendo esta (subjetiva) experienciada pelas interações bidirecionais com as pessoas e o meio desde seu nascimento, o transformando, sem deixar de interferir nas trajetórias ao longo da vida (BRONFENBRENNER, 2012; BARRETO, 2016). Essas experiências devem ser significativas para que o indivíduo desenvolva processos de avaliação pessoal (TEIXEIRA, 2009).

**Mal adaptação:** “ocorre quando a resposta física ou comportamental de uma pessoa a qualquer mudança em seu meio interno ou externo resulta na ruptura da integridade ou em desequilíbrio persistente desse indivíduo” (TOWNSEND, 2017, p. 07).

**Processos cognitivos:** são processos de pensamentos envolvidos na aquisição (atenção), organização (memória) e na interpretação e uso da informação (BANDURA, 1997).

**Saúde mental:** “adaptação bem-sucedida a estressores advindos do meio interno ou externo, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos apropriados para a idade e congruentes com as normas locais e culturais” (TOWNSEND, 2017, p. 25).

**Sofrimento psíquico:** é um estado de aflição, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade de uma pessoa. Envolve sentimentos e emoções, como ansiedade, tristeza, frustração, impotência, dificuldade de concentração e tomada de decisão, queixas somáticas, dentre outros, e impactam diretamente nas relações multidimensionais do ser humano, aumentando o risco de transtornos mentais (CASSELL, 2004; OLIVEIRA, 2016; FARINHUK; SAVARIS; FRANCO, 2021).

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação, intitulada *Autoeficácia e saúde mental dos estudantes do ensino superior: análise multidimensional*, foi fruto da pesquisa científica desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu), da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), inserida na linha de pesquisa Formação de Professores, Políticas e Práticas Pedagógicas, além de estar atrelada em outras linhas, como a: Saúde mental no contexto da educação no ensino superior e Exercício da saúde mental, reconhecimento das diferenças (do grupo de pesquisa sobre Comportamento, Identidade, Saúde Mental e Ambiente – CISMA) e Dinâmica do ambiente de jogo e ambiente de aprendizagem (do Laboratório de Estudos Aplicados em Pedagogia do Esporte – LEAPE, vinculado ao Centro Interdisciplinar de Pesquisas em Esporte e Exercício Físico – CIPEEF).

O processo educativo potencializa o desenvolvimento humano, suas inter-relações com o mundo e influencia os fatores biopsicossociais. Abordamos o campo *Saúde Mental*, que abrange amplamente o bem-estar mental, físico e social e a qualidade de vida, e contribui para refletir e analisar o paradigma do processo saúde-doença. E partimos da via de *Autoeficácia dos Estudantes do Ensino Superior* como um dos objetos centrais de estudo, dando ênfase aos sujeitos devidamente matriculados nos cursos de graduação da UNEMAT, considerando os quesitos sociodemográficos e hábitos de vida, bem como suas percepções sobre sua capacidade que corrobora com a potencialização ou degradação da saúde mental.

Nesta perspectiva, delimitamos como problema de pesquisa: “*Quais são as crenças de autoeficácia dos estudantes do ensino superior e como se relacionam com as estratégias de enfrentamento de problemas e indicadores de sofrimento psíquico?*”. Assim, definimos como objetivo geral “Analisar a autoeficácia percebida dos estudantes do ensino superior e sua relação com as estratégias de enfrentamento de problemas e com indicadores de sofrimento psíquico”. E, com o propósito de organizar a pesquisa, dividimos a dissertação em 09 seções, sendo a primeira, a que introduz, seguida pelos objetivos, e terceira, quarta e quinta seção, as que fundamentam cientificamente os objetos de estudo, *Educação em saúde na perspectiva do desenvolvimento humano; Saúde mental como continuum de saúde-doença; e a Autoeficácia como processo cognitivo e regulador*. As próximas seções foram referentes ao delineamento metodológico da pesquisa, resultados amparados nas características dos participantes, fatores associados a autoeficácia e associações dos fatores multidimensionais, seguida pela discussão e considerações finais. Além das referências bibliográficas, apêndices e anexos.

**Quadro 1 - Esquema analítico da dissertação.**

<b>TEMA</b>
Saúde mental dos estudantes do ensino superior
<b>PROBLEMA</b>
Quais são as crenças de autoeficácia dos estudantes do ensino superior e como se relacionam com as estratégias de enfrentamento de problemas e indicadores de sofrimento psíquico?
<b>OBJETOS DE ESTUDO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Autoeficácia;</li> <li>● Estratégia de <i>Coping</i>;</li> <li>● Indicadores de sofrimento psíquico.</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>
Analisar a autoeficácia percebida dos estudantes do ensino superior e sua relação com as estratégias de enfrentamento de problemas e com indicadores de sofrimento psíquico.
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verificar as percepções de autoeficácia dos estudantes do ensino superior;</li> <li>● Identificar os fatores que influenciam as dimensões de autoeficácia do estudante do ensino superior;</li> <li>● Verificar a relação da autoeficácia com as estratégias de enfrentamento de problemas e indicadores de sofrimento psíquico dos estudantes do ensino superior.</li> </ul>
<b>ASPECTOS CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Educação em saúde;</li> <li>● Saúde mental;</li> <li>● Autoeficácia.</li> </ul>

Fonte: Elaborada pela autora.

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais podem afetar os indivíduos em qualquer fase da vida, independente da classe social. A depressão é o maior fator contribuinte para o suicídio e da deficiência incapacitante global, e sua taxa de prevalência é mais comum no sexo feminino (5,1%) em relação ao masculino (3,6%). No mundo 7,5% da população sofre de depressão e 3,4% de ansiedade. Já no Brasil a prevalência de depressão e ansiedade são 5,8% e 9,3%, respectivamente e cerca de 86% dos brasileiros sofrem com algum transtorno mental (OPAS, 2021). Estima-se que aproximadamente 8% a 15% dos estudantes do ensino superior apresentam algum tipo de transtorno mental durante a formação acadêmica, dentre esses transtornos estão a ansiedade e a depressão como os mais frequentes (UFJF, 2018).

Os estudantes do ensino superior são vulneráveis a desenvolver estes transtornos, pois vivenciam constantemente situações estressoras desde o início da carreira acadêmica. O ingresso à universidade é caracterizado por mudanças significativas, um marco inicial da sua história e independência, sendo que essa nova realidade educacional faz com que os estudantes desenvolvam um perfil universitário (CASTRO, 2017) para cumprir com as demandas do curso e os conflitos existenciais que o abalam neste período, além das expectativas em relação ao futuro. A adaptação ao contexto universitário pode não ser bem-sucedida, e os diferentes eventos podem ter efeitos/influência sobre a vida do estudante. Eventos esses multifatoriais, como mudar de cidade, ficar longe do ciclo familiar e de amizade, morar sozinho, transição do ensino médio para o superior, estabelecer uma percepção de identidade, metodologia diferente de ensino, sobrecarga de atividades, ter a necessidade de estabelecer novos vínculos afetivos, jornada dupla de trabalho e estudos, gerenciamento da vida financeira, privação do sono, dentre outros (ALMEIDA, 2014; GONÇALVEZ, 2014; MESQUITA *et al.*, 2016; CASTRO, 2017; CARLETO *et al.*, 2018).

As situações estressoras aumentam gradativamente durante a graduação, pois a cada etapa do curso surgem novas exigências que requerem desenvolvimento de habilidades e competências do estudante (CARLETO *et al.*, 2018). Esses fatores vinculam ao processo de transição (mudanças, autonomia e mercado de trabalho no ano final do curso) e adaptação (ao meio e novos contextos), podendo contribuir com alterações cognitivas, interferindo na capacidade de aprendizagem e socialização, bem como no seu desenvolvimento pessoal e profissional (SILVA; COSTA, 2012). Quando o estudante não desenvolve mecanismos adequados de adaptação, ele pode apresentar uma baixa percepção de autoeficácia e estratégia



de *coping* de forma desajustada e/ou negativa, além de se tornar suscetível a desenvolver sobrecarga psicológica, o que pode desencadear algum transtorno mental (MEDEIROS; BITTENCOURT, 2017). Ou seja, os efeitos cumulativos dos estresses diários são importantes preditores de sintomas ansiosos ou depressivos, por exemplo (SCHÖNFELD *et al.*, 2016).

Na UNEMAT foi verificado que os estudantes estão em sofrimento psíquico, onde 48,6% apresentam sintomas de ansiedade e depressão, 26,5% somente ansiedade e 3,0% depressão (DE SOUZA; RODRIGUES, 2021). Foi observada pouca variação da pontuação média de ansiedade ao longo dos semestres, com diferença de 1,05 ponto entre o 1º semestre (11,97) e o 10º semestre (10,92) (AGUIAR, RODRIGUES, 2021). Para depressão foi observada uma média crescente ao longo do semestre, sendo um aumento de 2,02 pontos entre o 1º semestre (7,58) e o 10º (9,6) (TAQUES, RODRIGUES, LIMA, 2021). E os estudantes com diagnóstico provável de ansiedade apresentaram maior prevalência de substância psicoativas lícitas e ilícitas (DA SILVA; RODRIGUES, 2021). Em relação ao sono, os estudantes que demoraram de 02 horas ou mais para dormir, apresentaram uma média de ansiedade de 13,68 ( $p < 0,01$ ) e 12,82 ( $p < 0,01$ ) para os que acordam acima de 02 vezes por noite (MOREIRA; RODRIGUES; LIMA, 2021). Já no que se refere à capacidade de enfrentamento de problemas (estratégia de *Coping*), os estudantes apresentaram estratégia de negação, principalmente de ações agressivas (20,35%) (CRUZ; RODRIGUES, 2021).

Além desses dados atuais e alarmantes de alguns elementos de saúde mental dos estudantes do ensino superior da UNEMAT, a realização deste estudo justifica-se para o diagnóstico situacional robusto da saúde mental desses estudantes, integrando os aspectos de autoeficácia, estratégia de enfrentamento de problema e indicadores de sofrimento psíquico. Ainda, identificar os fatores individuais e contextuais (acadêmicos) que podem ser fatores de risco ou protetivos à saúde. Por fim, subsidiar ações assertivas na universidade, visto a necessidade da temática que é um problema de saúde pública, pois afeta o funcionamento global do indivíduo, além de que há lacunas na literatura acerca da relação dos três constructos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a autoeficácia percebida dos estudantes do ensino superior e sua relação com as estratégias de enfrentamento de problemas e com indicadores de sofrimento psíquico.

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Verificar as percepções de autoeficácia dos estudantes do ensino superior;
- Identificar os fatores que influenciam as dimensões de autoeficácia do estudante do ensino superior;
- Verificar a relação da autoeficácia com as estratégias de enfrentamento de problemas e indicadores de sofrimento psíquico dos estudantes do ensino superior.

### **3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Para compreender o processo fundamental da educação em saúde, a priori é indispensável conhecer os aspectos conceituais da saúde, como instrumento de sustentação e criação de novas perspectivas e campos de atuação para analisar o comportamento e desenvolvimento humano, mediante ao processo evolutivo da percepção do paradigma saúde e doença. Deste modo, o foco dessa seção é compreender a educação em saúde como um processo educativo que contribui de forma abrangente e integradora ao/para o desenvolvimento humano. Ainda, o delineando dentro da visão holística na sua multidimensionalidade e através da inter-relação com o ambiente e os elementos significativos que os insere, que também influencia o indivíduo na sua totalidade.

#### **3.1 Aspectos conceituais e contextuais da Saúde**

Contribuições científicas foram fundamentais para a compreensão do paradigma saúde-doença e o desenvolvimento humano. A partir do século XX, fundamentou-se em analisar a atenção à saúde ainda através do modelo biomédico e, posteriormente, do conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o conceito ecológico. O modelo biomédico define saúde como ausência de doença, e a doença como um mau funcionamento biológico, adotando a cisão de mente e corpo, e utilizava o mecanismo curativo (MORAIS *et al.*, 2012), ou seja, dava ênfase em curar a doença, não compreendendo o processo de adoecimento (CAPRA; LUISI, 2014), e sim na causalidade linear biológica. Esse conceito teve influência do modelo cartesiano, que consiste em três aspectos no processo saúde-doença: a visão do homem como máquina; o dualismo corpo-mente; e o método racionalista, que se influenciam de forma recíproca para alcançar o objetivo.

Nessa perspectiva, na visão do homem como máquina, significa potencializar as partes que promovem funcionamento no todo<sup>1</sup>, supervalorizando os fragmentos e desvalorizando o próprio todo. O nome da máquina também é ocultado; um exemplo que pode ser determinado aqui, é denominar o indivíduo pela patologia e não pelo nome (BARBOSA, 1995). René

---

<sup>1</sup> Neste trabalho, compreendemos o todo como “organismos vivos como totalidades integradas” (CAPRA; LUISI, 2014, p. 93).

Descartes (1596-1650) assumia a posição dualista à questão ontológica entre o corpo e a mente (VASCONCELLOS, 2018), os abordava como duas substâncias diferentes, a qual não existiam interações e influências. Já o método racionalista, o filósofo apontava o caminho para a verdade científica, segundo as suas compreensões do universo, descartando todo o pensamento e interpretações da realidade de outras percepções (BARBOSA, 1995).

Porém, com os debates referente à defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância, adolescência, debates entre mecanicismo e holismo, pensamentos interacionista e sistêmica, dentre outros, e, principalmente após a segunda guerra mundial, com o surgimento de movimentos sociais, como o fim de colonialismo e a ascensão do socialismo (SCLIAR, 2007), a Organização Mundial de Saúde amplia o modelo biomédico. Em 1946 determina saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2006, p. 1 – tradução nossa), que entrou em vigor em 1948, visando expressar a saúde como direito a uma vida plena, sem privações. Esta definição da OMS contempla uma visão holística de saúde, pois há uma relação social e psíquica do processo saúde-doença como um determinante social, e apresenta uma abrangência da sensação de segurança, conforto e tranquilidade com esse equilíbrio. Porém, concebe uma positividade do bem-estar, recebendo inúmeras críticas pelo estado subjetivo e estático de saúde, pois o conceito permeia entre o equilíbrio e o irreal dos pilares do bem-estar, e é inalcançável pelo pleno estado de satisfação das exigências do corpo e/ou espírito (MORAIS *et al.*, 2012; SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019).

E é perceptível o quão difícil é estabelecer um amplo bem-estar, muito mais em manter um equilíbrio dos determinantes da saúde (físico, mental e social) à qualidade de vida (AMARANTE, 2007). Portanto, uma perspectiva ecológica para a saúde é definida como uma forma relativa, sendo delineada sob a inter-relação do ambiente e qualidade de vida do indivíduo, considerando a influência e adaptação ao contexto sociocultural (MORAIS, 2005; CAPRA; LUISI, 2014). Neste modelo, há uma concepção sistêmica de saúde, que contempla um equilíbrio dinâmico de natureza física, mental, social, [...], tendo uma flexibilidade com o sistema orgânico do desenvolvimento humano, associado ao limiar singular de tolerância desse sistema. Essa flexibilização é essencial para que haja equilíbrio dinâmico e adaptação aos fatores inter-relacionados ao indivíduo e ao ambiente.

Pela visão sistêmica, a saúde é um fator multidimensional, onde as experiências se manifestam de vários modos no organismo, sendo biológicos e psicológicos, que interagem ao sistema do corpo humano (CAPRA; LUISI, 2014). Deste modo, a saúde é contemplada como multifacetado e complexo, que permeia entre o equilíbrio da ciência do comportamento e

desenvolvimento humano, que compreende o indivíduo como um todo e contextual, e não de forma fragmentada, pois é imprescindível compreender a comunidade de organismos, ou seja, o sistema social onde o indivíduo está inserido. E a partir das ampliações conceituais da saúde, foram implementados campos de abrangência, que visem ações, implementações de estratégias que promovam as interrelações, que atendam os indivíduos na sua totalidade, assim como deve ser o campo de educação em saúde.

### 3.2 Educação em Saúde

A interlocução entre os paradigmas ecológicos e educação em saúde é fundamental para a compreensão sobre formas de cooperação entre indivíduos, grupos e comunidades (YUNES; JULIANO, 2010), pois explica os fenômenos do desenvolvimento, educação e aprendizagem a partir da ótica interacionista, contextualista e sistêmica (BRONFENBRENNER, 2012). Por sua vez, Paulo Freire faz uma crítica no livro *Pedagogia do Oprimido* em 1987, que atualmente contempla inúmeras edições; que enfatiza a libertação através da comunhão entre os homens (FREIRE, 2018), oportunizando assim, as inter-relações entre os sujeitos e o âmbito de inserção, já que a educação abrange todo o processo formativo e não-formativo, além de ser uma dimensão da vida, do ser que desenvolve mediante à influência e estímulos intrínsecos e extrínsecos.

O termo *educação e saúde* é oriundo da prática de educação em saúde, indicando um paralelo entre as duas áreas de conhecimento, “com separação explícita dos seus instrumentos de trabalho: a educação ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos e a saúde dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças” (FALKENBERG *et al.*, 2014, p. 848). E, necessariamente, a prática de educação em saúde não enfatiza o método de intervenção às doenças propriamente ditas, pois remete ao conceito retrógrado de forma positivista que o modelo biomédico abordava - saúde como ausência de doenças e vice-versa (MORAIS *et al.*, 2012), não compreendendo o processo saúde-doença.

A *educação em saúde* é compreendida como um processo educativo de construção que se embasa em conhecimentos à saúde. Este processo é sistemático, contínuo e algumas vezes permanente, que objetiva a formação e o desenvolvimento do pensamento crítico à população para que os execute segundo as suas necessidades, pois a comunidade tem o direito e o dever de participação social e assumir este papel (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007; SALCI *et al.*, 2013). Assim, a partir deste embasamento, foi discutido a educação em saúde com foco no

comportamento individual; mas a abordamos com foco integral, que corrobora com as percepções humanistas e, principalmente, com o modo de libertação de Paulo Freire (2018), interacionista e contextualista de Urie Bronfenbrenner (2012) e sistêmica de Capra e Luisi (2014), que visam abordar os processos de interação entre o indivíduo e o meio, propondo mudanças sociais, com ênfase na equidade e igualdade, para que haja a potencialização do desenvolvimento de forma individual e coletiva, com participação comunitária, implicando nos fatores pessoais, sociais, econômicos e/ou ambientais à saúde, bem como motivar e capacitar os usuários (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

Assim, os profissionais devem criar laços de corresponsabilidade com a comunidade, para que o indivíduo avalie sua própria necessidade, através das suas percepções culturais, experiências, dentre outros, ou seja, a partir da sua própria identidade/personalidade, estabelecendo uma educação em saúde *com* os indivíduos e não *sobre* eles (FEIO; OLIVEIRA, 2015). Nesta perspectiva, o modelo bioecológico do desenvolvimento humano “propõe uma educação que desloca o ser humano da posição de onipotência antropocêntrica para integrar a posição de componente do todo” (YUNES; JULIANO, 2010, p. 368). Esse componente é configurado como espaço psicológico ou vital pelos objetos, pessoas e acontecimentos ao qual o indivíduo atribui significado. Dessa forma, a educação em saúde estabelece através das reflexões sistêmicas do desenvolvimento humano, processos educativos e criativos que constituem interações e inter-relações de forma subjetiva, social e contextualista.

A interlocução entre a abordagem (bio)ecológica e o paradigma sistêmico na educação em saúde, articula estratégias de gestão integral ao meio ambiente com foco na abordagem de promoção da saúde humana dentro de uma visão holística e complexa, com objetivo de adquirir conhecimento acerca da relação “saúde, ambiente, políticas, participação social, equidade de gênero, em realidades concretas” (MINAYO, 2014, p. 139-140). E, para além do aprofundando nos aspectos socioculturais, como raça/etnia, nível socioeconômico (NARVAZ; KOLLER, 2004) e outros elementos de identidade cultural, que permitam intervenções e/ou abordagens adequadas e específicas a situação. Esses mecanismos de inter-relações afetam diretamente os fatores biopsicossociais, principalmente social e psicológico. Sob a visão holística dessas perspectivas incorporada à educação em saúde, há um processo de humanização, reconhecendo a pessoa como protagonista social, que não é influenciada pelo ambiente, pois se interagem de maneira cognitiva, além de que a sua flexibilidade é essencial para que o indivíduo se adapte às mudanças do ambiente (CAPRA; LUISI, 2014). Assim, observamos como é imprescindível analisar os elementos de forma inter-relacionada, pois o indivíduo é constituído através das vivências/ experiências progressas e das relações com o mundo.

## 4 SAÚDE MENTAL COMO *CONTINUUM* DE SAÚDE-DOENÇA

A saúde mental, física e social são como fios da vida que incorpora o todo. Esses elementos são estreitamente interligados e interdependentes, e à medida que aumenta a compreensão dessa reciprocidade, observa-se a importância da saúde mental para o bem-estar geral e a qualidade de vida de cada indivíduo. A Organização Mundial da Saúde [World Health Organization] (WHO) enfatiza que não há uma definição concreta e oficial do termo saúde mental, mas aborda alguns elementos e constructos que embasam o termo, como “o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (WHO, 2002, p. 31). Essa dificuldade em estabelecer definição é oriunda dos fatores culturais que influenciam, tanto a saúde quanto a doença mental. Em geral, há uma dicotomia entre saúde e doença mental, em que se entende que a saúde mental é a ausência de psicopatologia, ou seja, dá para identificar através da ausência de sintomas psiquiátricos um comportamento normal, vinculando à dicotomia posterior de normalidade e anormalidade.

A saúde mental compõe a qualidade de vida cognitiva ou emocional do indivíduo, vinculado à autoavaliação e capacidade mental para desenvolver um equilíbrio entre as atividades, esforços e capacidade de enfrentar desafios e mudanças para ter uma resiliência psicológica, dentre outros aspectos. Dessa forma, o foco dessa seção é compreender o processo saúde-doença, como um *continuum*, inter-relacionando com os fatores que afetam o indivíduo de forma multidimensional, bem como estabelecer uma definição de saúde mental que corrobora com as percepções do desenvolvimento humano em sua totalidade.

### 4.1 Processo Saúde-Doença

O binômio saúde-doença deve ser compreendido como um processo *continuum* que reitera o desenvolvimento humano. Esse binômio “são expressões de um conjunto inter-relacionado ou dinâmico das circunstâncias físicas, biológicas, sociais, culturais e ambientais peculiares de cada indivíduo ou comunidade” (SAVASTANO, 1980, p. 138), ou seja, isso ocorre através da inter-relação saúde-doença do indivíduo e o meio e/ou meio-indivíduo. Os problemas são multifatoriais e devem ser compreendidos de forma multidimensional, a partir das características biopsicossociais, que se constitui na interação com o meio. E a partir dessa relação, há uma reação/resposta, caracterizado como estresse ou estresse como negociação entre

o indivíduo e o meio. Nessa percepção de estresse, são consideradas as características pessoais e a natureza do evento ambiental, além de que o binômio saúde-doença depende da vulnerabilidade do próprio indivíduo que sofre as alterações do processo, bem como as propriedades do indivíduo em relação ao meio (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O agente causal ou estressor também pode ser por organismo interno, e é imprescindível identificar a natureza dessa relação para compreender a complexa reação e, conseqüentemente, os resultados adaptativos, visto que os processos que modelam a relação indivíduo-meio são a avaliação cognitiva e o enfrentamento. O estresse é oriundo da relação indivíduo-meio (ambiente), que é avaliado pelo próprio indivíduo como tributário/exaustiva ou excedendo seus recursos e colocando em risco ou ameaçando seu bem-estar (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; TOWNSEND, 2017). A partir desse construto, foi elaborado um modelo transacional de estresse e adaptação (figura 1), que vincula três aspectos principais: o evento desencadeador, a percepção individual do evento e os fatores predisponentes.

O **evento desencadeador** é um estímulo que surge no meio interno e externo e é percebido pelo indivíduo de acordo com a sua suscetibilidade e personalidade, incorporando suas características específicas. A interpretação do evento como estressante ou não, dependerá da avaliação cognitiva do indivíduo à situação. Se o indivíduo avaliar o evento como importante a sua vida e/ou no decorrer adquiriu novas informações do meio e/ou do próprio indivíduo (reações), ele poderá fazer um julgamento da avaliação inicial e reavaliar o evento. Assim, o evento ‘desencadeia’ uma resposta, que é influenciada pela percepção do indivíduo ao evento e esta resposta cognitiva é mediante a duas avaliações, primária e secundária (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; TOWNSEND, 2017).

A **percepção individual do evento** está relacionada à avaliação do indivíduo sobre o evento. A avaliação difere da vulnerabilidade e suscetibilidade a cada tipo de evento, bem como suas interpretações e reações. Nesse processo avaliativo, os indivíduos devem distinguir os eventos adversos entre situações benignas e ameaçadoras ou perigosas, embasado nas suas características, aprendizagem com o mundo e atividade e/ou objeto simbólico significativo que delineiam as experiências pregressas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). E vai para além da interpretação do evento, que molda a reação/resposta funcional e comportamental do indivíduo, mas que a avaliação tenha ênfase no significado para o bem-estar e que reverbera durante a vida, pois requer atividade mental, envolvendo julgamento, escolha de atividade, dentre outros elementos fundamentais, que possibilitam ajustes necessários para ter uma resposta adaptativa, através da constante (re)avaliação. E há dois processos avaliativos, o primário e o secundário.

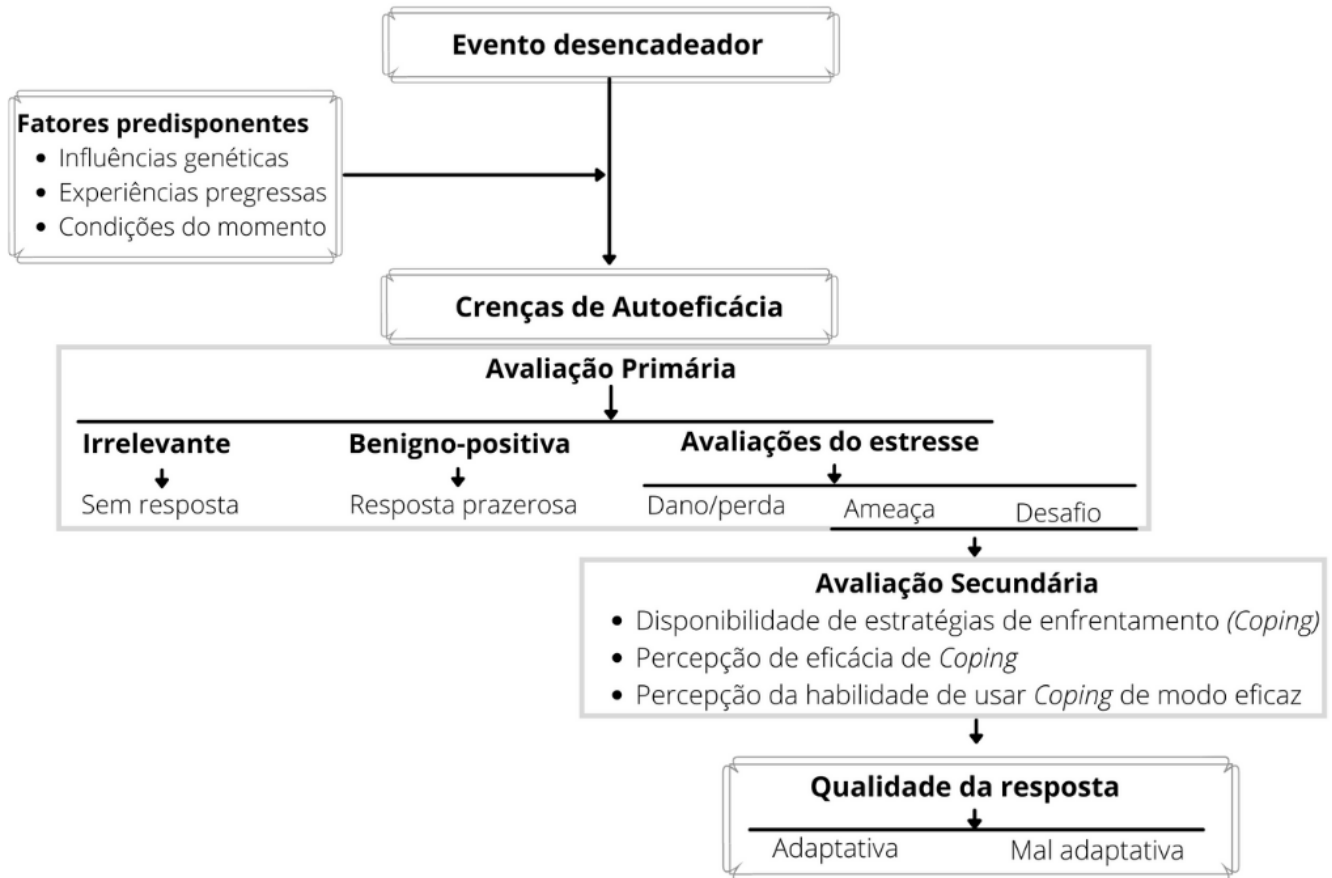


A **avaliação primária** é a avaliação da relação indivíduo-ambiente e de como ele percebe o evento, sendo dividido em três tipos de avaliação: irrelevante, benigno-positiva e estressante. Um evento é considerado irrelevante quando a relação não traz implicações para o bem-estar do indivíduo, ou seja, não teve importância para ele. Já o benigno-positivo é quando o evento foi interpretado como positivo, e a relação trouxe um resultado de preservação, aumento ou até mesmo a promoção de bem-estar, gerando algum prazer. A avaliação de estresse inclui dano/perda, ameaça e desafio. As avaliações de dano/perda se referem a algum dano ou perda já sofrida pelo indivíduo que são prejudiciais à sua vida, como lesão ou doença incapacitante, dano à autoestima ou estima social e perda de um ente querido. As ameaçadoras são percebidas como antecipação de um dano/perda, ou seja, esse evento ainda não aconteceu, mas o indivíduo avaliou como uma ameaça, implicando negativamente para o futuro até que muitas vezes o prejuízo aconteça (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; TOWNSEND, 2017).

A significância adaptativa primária da ameaça, permite o enfrentamento antecipatório, podendo planejar e trabalhar antecipadamente em dificuldades específicas antes que o dano/perda aconteça, como, por exemplo, o luto antecipado. Essa avaliação enfatiza o julgamento de dano potencial e é caracterizada por emoções negativas como a raiva e medo. Quando o evento é avaliado como desafiador, o indivíduo se concentra no potencial de ganho ou crescimento inerente e não nos riscos associados ao evento, sendo caracterizado pelo componente afetivo positivo por emoções prazerosas, como excitação e alegria. A ameaça e o desafio podem ocorrer mutuamente quando o indivíduo vivencia emoções, tanto positivas quanto negativas, desencadeado pelos possíveis riscos oriundos do evento. E quando a avaliação é percebida como estressante, o indivíduo realiza uma segunda avaliação (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; TOWNSEND, 2017).

A **avaliação secundária** vai além do exercício intelectual, pois considera quais opções de enfrentamento estão disponíveis, a probabilidade dessa determinada opção cumprir com as expectativas e que possa ser aplicada de forma eficaz (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Quando o indivíduo manipula seu comportamento para alcançar determinado objetivo, ele entra no viés de expectativa de resultado. Mas quando ele tem a convicção que pode executar com sucesso determinada ação para alcançar seu objetivo, tem a expectativa de eficácia (BANDURA, 1977), e para isso, o indivíduo avalia as habilidades e opções disponíveis para articular estratégias de enfrentamento e, conseqüentemente, executar (enfrentar) a ação para alcançar seu objetivo. Lazarus e Folkman (1984) e Townsend (2017) abordam que a qualidade da resposta de adaptação ao estresse é resultado da interação entre a avaliação primária e secundária.

Figura 1 – Modelo transacional de estresse/adaptação.



Fonte: Adaptação de Townsend (2017).

Os **fatores predisponentes** são inúmeros elementos que influenciam ou afetam o modo de como o indivíduo percebe um evento estressante e responde a ele, adaptando ou não ao meio diante do evento estressor. Os tipos de fatores predisponentes incluem: influências genéticas, experiências pregressas e condições no momento (TOWNSEND, 2017).

- As influências genéticas são características e circunstâncias adquiridas pela hereditariedade no decorrer da vida do indivíduo, como as características físicas, psicológicas e comportamentais (TOWNSEND, 2017). Bronfenbrenner e Ceci (1994) usam o termo ‘herdabilidade’ como um potencial genético para a predisposição à competência e/ou disfunção ao longo da vida, sendo uma forte influência sobre o desenvolvimento humano, e que os processos proximais são os mecanismos pelos quais o genótipo se transforma em fenótipo, pois é através da dinâmica inter-relacionada entre os padrões geneticamente determinado de comportamento e a natureza dos ambientes onde os padrões ocorrem, que determinam o potencial genético de manifestações. As condições e os processos ambientais podem influenciar no grau da herdabilidade, ou

seja, quanto mais eficazes são os processos proximais, maior será a herdabilidade, e menor, quando os processos forem mais frágeis.

- As experiências progressas são ocorrências experienciadas ao longo da vida que devem ser significativas para que o indivíduo desenvolva processos de avaliação pessoal (TEIXEIRA, 2009), e influenciar a resposta de adaptação. Ocorrências estas que incluem: exposição progressa ao(s) agente(s) estressor(es), aprendizado das respostas de enfrentamento e o grau de adaptação ao(s) estressor(es) (TOWNSEND, 2017).
- As condições do momento incorporam a vulnerabilidade que afetam a adequação dos recursos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo para o enfrentamento das demandas de adaptação, por exemplo, o estado atual de saúde, a motivação, etapa/fase do desenvolvimento, a gravidade e duração do estressor, os recursos financeiros e educacionais, a idade, as estratégias de enfrentamento existentes e o sistema de apoio especializado (TOWNSEND, 2017). E essas condições podem potencializar situações de riscos, impossibilitando que os indivíduos respondam adequadamente ou de forma satisfatória ao estresse (POLETTO; KOLLER, 2008).

A partir deste modelo transacional do estresse/adaptação, podemos afirmar que a qualidade da resposta do indivíduo é resultado e/ou depende da avaliação cognitiva, bem como sua interpretação do evento e julgamentos das crenças, escolhas, habilidades e conhecimentos, mediante ao processo e contextos sociais, sem diminuir a importância das características pessoais ao longo da vida. Dessa forma, Townsend (2017) corrobora que a(s) resposta(s) adaptativa(s) ocorre(m) quando o indivíduo, diante das adversidades que alteram o meio interno e/ou externo, consegue se preservar ou retornar ao equilíbrio em tempo, e essas resposta auxiliam a restabelecer a homeostase ao corpo, impedindo o aparecimento de doenças adaptativas. Por outro lado, a resposta mal adaptativa ocorre quando as alterações do meio resultam na ruptura da integridade do indivíduo ou no desequilíbrio persistente, ocasionando doenças físicas, mentais e/ou comportamentais que degradam o desenvolvimento.

Seguindo essa corrente filosófica do modelo, assumimos nesta pesquisa que a avaliação cognitiva são as crenças de autoeficácia<sup>2</sup>, pois é através dos processos cognitivos que essas crenças são formadas. Lazarus e Folkman (1984) ressaltam que apenas na avaliação secundária é incorporado às expectativas de eficácia, seguindo a disponibilidade de opções de enfrentamento ou estratégias de *coping* e julgamentos. Mas reverberamos, através das contribuições de Bandura (1977, 1993, 1995, 1997, 2009, 2012), que as crenças de autoeficácia

---

<sup>2</sup> Abordarem na próxima seção – Autoeficácia como processo cognitivo e regulador.

vão além das percepções sobre a sua capacidade, e que essas percepções vinculam ao processo avaliativo influenciando na tomada de decisão desde os aspectos iniciais, ou seja, desde a avaliação primária diante às situações.

As crenças de autoeficácia influenciam através da avaliação cognitiva (primária e secundária) a qualidade da resposta, ou seja, a partir da avaliação, considerando os fatores biopsicossociais e multifatoriais, o indivíduo enfrentará o problema (resposta adaptativa) ou não (mal adaptativa), caracterizando a ação/execução da expectativa. Com isso, entendendo o processo *continuum* de saúde e doença, comungamos com a definição de saúde mental de Townsend (2017, p. 25), que caracteriza este construto como uma “adaptação bem-sucedida a estressores advindos do meio interno ou externo, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos apropriados para a idade e congruentes com as normas locais e culturais”, potencializando o desenvolvimento do indivíduo.

## 5 AUTOEFICÁCIA COMO PROCESSO COGNITIVO E REGULADOR

A teoria da autoeficácia foi desenvolvida por Alberto Bandura em 1977, através da Teoria Social Cognitiva (TSC), para orientar a compreensão do comportamento humano e seus determinantes. A teoria matricial defende a reciprocidade triádica, afirmando que o comportamento do indivíduo é constantemente influenciado pelo ambiente e cognições pessoais (TSANG; HUI; LAW, 2012). Nesta perspectiva, o comportamento (pessoa) é influenciado por como as crenças (cognições) deste indivíduo é afetado por pessoas ou objetos significativos (ambiente), e que cada um desses fatores atua entre si como determinante interativo (BANDURA, 1997; GOUVÊA, 2003; GALLAGHER, 2012; TSANG; HUI; LAW, 2012).

A teoria fundamenta-se no conceito de agência humana (*human agency*), o que significa que os indivíduos são protagonistas da própria existência e não apenas produtos de condições ambientais (SELAU *et al.*, 2019), ou seja, Bandura dá ênfase em como os seres humanos interagem ativamente e ajuda a moldar o ambiente, em vez de serem controlados pelo meio de forma passiva. Essa inter-relação não é estática e varia de acordo com a situação, contexto, dentre outros, bem como a velocidade relativa de influência entre as três esferas principais (GALLAGHER, 2012). Desta forma, as percepções de si e da personalidade são construções sociais, resultado das interações. Assim, a autoeficácia é o mecanismo central da TCS, pelos quais as pessoas exercem influências sobre suas ações (BANDURA, 1997; NUNES, 2008).

Outras teorias, como a teoria da identidade (ERIKSON, 1968/1976), a teoria do bem-estar (SELIGMAN, 2011), teoria histórico-social ou histórico-cultural (VYGOTSKY, 1988), que pode ser detalhada como teoria histórico-sócio-cultural do desenvolvimento das funções mentais superiores (VYGOTSKY, 1991), o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (MBDH) (BRONFENBRENNER, 2012), dentre outras, culminaram na adoção de modelos mais abrangentes para compreensão do fenômeno desenvolvimento, que é oriundo destas inter-relações.

Explicando o desenvolvimento a partir do MBDH, o desenvolvimento humano é abordado através das características do ser estável e em constante movimento processual e transformações, através do ciclo de vida e gerações. Esse fenômeno é delineado pelas relações recíprocas, ou seja, inter-relação do Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT). Neste modelo, a) o processo é o elemento central da teoria, que se refere à interação dinâmica de forma particular recíproca do indivíduo ao ambiente (contexto) ao longo do tempo, denominando

assim, processos proximais toda e qualquer interação progressivamente complexa entre organismo e ambiente – objetos e símbolos; b) *pessoa* é o indivíduo no seu processo biopsicossocial; c) contexto é todo processo dos níveis ecológicos (micro, meso, exo e macrosistema) e d) tempo (cronossistema), que envolve as dimensões múltiplas de temporalidade, sendo constituído ao longo do ciclo da vida (NARVAZ; KOLLER, 2004; BRONFENBRENNER, 2012). Desta forma, o foco dessa seção é compreender a autoeficácia, bem como seu processo cognitivo e regulador na interface do desenvolvimento humano, além de compreender este objeto avaliativo na formação superior.

## 5.1 Autoeficácia

A autoeficácia são as crenças que o indivíduo tem sobre a sua capacidade em organizar e executar as ações necessárias para alcançar determinado objetivo. Trata-se de uma avaliação ou percepção pessoal quanto às suas próprias capacidades, sendo ela incorporada quanto à inteligência, habilidades, conhecimentos, competências, dentre outros (BANDURA, 1977). A autoeficácia não apresenta uma percepção dicotômica entre realizar ações e alcançar os resultados desejados. Deste modo, Bzuneck (2009) e Gallagher (2012) enfatizam que a autoeficácia não é sobre possuir ou não tais capacidades ou de simplesmente tê-las de forma extensiva, mas sim em acreditar que as possui e que pode executar ações e determinados comportamentos quando necessário, tendo a convicção de que eu posso fazer determinada ação.

Bandura (1977, 1995, 1997) cita dois conceitos distintos de autoeficácia, sendo elas: expectativa de eficácia pessoal<sup>3</sup>, que é a convicção pessoal de que o indivíduo é capaz de realizar com sucesso os comportamentos necessários para produzir determinado resultado ou objetivo; e expectativa de resultado, que é como a crença de que determinada atitude será seguida por determinadas consequências, ou seja, essa expectativa está diretamente relacionada ao comportamento do indivíduo e que ela levará a um determinado resultado. Embora as duas definições possam estar relacionadas (pois os resultados esperados dependem, muitas vezes, das autoavaliações de eficácia pessoal), não há uma relação automática e hierárquica entre ambas (BANDURA, 1977; GOUVÊA, 2003). Os dois “tipos de expectativas são antecedentes da ação e atuarão como motivadores e guias cognitivos da ação, como determinantes da eleição

---

<sup>3</sup> Que estamos abordando como definição base de autoeficácia.

de atividades, do esforço e da persistência nas atividades escolhidas, dos padrões de pensamento e das respostas emocionais” (GOUVÊA, 2003, p. 50).

Alguns termos corroboram com as crenças de autoeficácia, como o autoconceito, atitude, autoestima, controle percebido ou *locus* de controle. Um ponto em comum entre as definições de autoconceito e autoeficácia, são as informações das características pessoais. O autoconceito é a percepção do indivíduo sobre ele mesmo, correspondendo a uma avaliação sobre suas capacidades e competências pessoais, utilizando os exemplos de conectivos ‘*eu sou* e *eu tenho*’, se fundamentando retrospectivamente (avaliação orientada no passado). A partir destas informações, amparada pelas experiências progressas e um conjunto de característica da avaliação da tarefa, compõe a autoeficácia, que é prospectiva, originando assim a expectativa, onde o indivíduo avalia sua capacidade e competências para realizar uma tarefa (BZUNECK, 2009; NEVES; FARIA, 2009). Além das avaliações das características pessoais e da tarefa como componente de finalidade, há o cruzamento dessas informações de cunho avaliativo para determinar se *eu posso* ou *não posso*, e assim executá-la. Bandura (1986) ressalta que tanto o autoconceito, quanto a autoeficácia atuam como mecanismos comuns de agência humana, pois mediam outros determinantes no comportamento subsequente, contribuindo para a qualidade de vida.

As crenças de autoeficácia são vinculadas a atitude, pois efetivamente o indivíduo tem intenção de fazer algo, mas, a priori, se autoavalia para alcançar seus objetivos (OLIVEIRA; SILVA; BARDAGI, 2018). A autoestima, que é uma avaliação individual sobre o modo de ser (com sentimento de aceitação ou negação), deslumbrada como valor pessoal, e dependendo da valorização cultural a respeito das capacidades que possui, vincula também a autoeficácia (MARTÍNEZ; SORIA, 2006; BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010). Outro aspecto importante é o controle percebido ou *locus* de controle, que são as crenças estabelecidas pelo indivíduo sobre as fontes que controlam seu próprio comportamento e outros eventos (MENESES; ABBAD, 2003). Ele foi criado para explicar as percepções dos indivíduos sobre quem ou o que controla sua vida, sendo configurada como uma expectativa generalizada— que os eventos da vida são controlados pelo próprio sujeito, vinculado a um dos dois vieses: *locus* interno ou externo. Quando o indivíduo percebe que está controlando os eventos da sua vida, é configurado o *locus* interno. Se percebe que está sendo controlado por outros indivíduos ou fatores, se tem o *locus* externo (RODRÍGUEZ-ROSETO; FERRIANI; DELA COLETA, 2002).

O *locus* de controle foi apresentado em 1954 por Julian Rotter, como fonte da teoria de aprendizagem social. Porém, Bandura (1995) considera o construto como integrante de um sistema completo, juntamente com a autoeficácia, e que influencia a qualidade de vida do

indivíduo. Essa relação se dá por dois modos: 1) a autoeficácia determina a medida do *locus* de controle interno, ou seja, se o indivíduo sente que é capaz e que possui as habilidades necessárias para executar determinada ação, o mesmo estabelecerá uma relação entre as ações e os resultados; e 2) se o *locus* de controle interno determina a autoeficácia, à medida que acredita que são ou estão desprovidas de habilidades, desenvolve um limitado senso de autoeficácia e enfrenta a situação com sentido de inutilidade (BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010). Bzuneck (2009, p. 2), corrobora que “todo ser humano precisa sentir-se com autoeficácia diante de cada desafio da vida e, ao mesmo tempo, com o controle sobre os resultados das próprias ações”.

A percepção de sua própria autoeficácia para uma tarefa resulta de um processo cognitivo que envolve experiências pgressas, contexto social (GOUVÊA, 2003), momento/tempo (NEVES; FARIA, 2009) e crenças herdadas, e este processo faz parte de uma rede de cooperação de desenvolvimento. A teoria da autoeficácia sugere que funciona como um conjunto de crenças multinível e multifacetado, com cada domínio em um nível, força e generatividade (TSANG; HUI; LAW, 2012). Esses três domínios são caracterizados como estratégias microanalítica de avaliação da autoeficácia, sendo que o nível se refere à concretização ou não dos rendimentos e/ou o número de tarefa que o indivíduo deseja alcançar e realizar, ou seja, o nível absoluto ou o rendimento específico que o indivíduo julga poder atingir; a força: grau de confiança do indivíduo à capacidade de atingir determinado nível de rendimento, com diferentes índices de dificuldade. Já a generalização se refere à capacidade do indivíduo quanto ao número de domínio, especialidades ou contextos (GOUVÊA, 2003).

As crenças de autoeficácia são formadas através do processo cognitivo, que abarca processos referentes à atenção, memória e interpretação integral de informação (BANDURA, 1997), sendo que “a habilidade de discernir, dar peso e integrar fontes relevantes de informação de eficácia aumenta com o desenvolvimento das habilidades cognitivas para o processamento de informação” (NUNES, 2008, p. 30). Porém, não basta apenas o indivíduo acreditar nas suas capacidades, mas deve julgar o seu próprio conhecimento, habilidades, estratégias e administrações de tensões para a formação de autoeficácia (GOUVÊA, 2003), que está diretamente relacionado ao processo cognitivo e as inter-relações com o mundo. Essa capacidade cognitiva de desenvolver modelos internos a partir das experiências é o ponto essencial que possibilita visualizar estratégias de ações articuladas e comunicar entre os pares, além de refletir sobre (e antecipar) as ações, pensamentos, sentimentos, outras capacidades de simbolizar, e são essas habilidades autorreferenciais que embasa a autorregulação (GALLAGHER, 2012; SELAU *et al.*, 2019). Dessa forma, a intencionalidade, antecipação,



autorregulação e autorreflexão são os princípios centrais no exercício da agência humana, que influenciam a autoeficácia, que propulsiona a regulação cognitiva, motivação, afeto e dos processos seletivos, dentre outros (BANDURA, 1993; 2009).

### 5.1.1 Fontes de Autoeficácia

As fontes (primária) de autoeficácia são estáticas, raramente operam separadas e de maneira independente (NUNES, 2008), sendo que os indivíduos podem fazer combinações entre as fontes para se obter um forte senso de autoeficácia (KUHN, 2017), com a união dos diferentes tipos de experiências adquirida ao longo do processo de vida, bem como a fatores que possam contribuir na formação dessas crenças. E essa combinação acontece à medida de o indivíduo busca seus objetivos (GALLAGHER, 2012). Neste ponto, as estratégias microanalítica de avaliação da autoeficácia – nível, força e generatividade (TSANG; HUI; LAW, 2012) afetam entre si. A influência de eficácia pode mudar dependendo da força das outras fontes, e, assim, a generalização é moldada pelas diferentes forças que interagem, bem como ao nível que o indivíduo quer atingir (NUNES, 2008). O modo como o indivíduo interpreta cognitivamente as informações é crucial para o desenvolvimento das crenças de autoeficácia, pois quanto mais acredita que tem uma determinada crença, mas ele valoriza as fontes de autoeficácia e, conseqüentemente, os fatores pessoais e contextuais (KUHN, 2017).

Esse processo cognitivo pondera, por um lado, às aptidões pessoais percebidas e as experiências progressas e, por outro, a pluralidade dos aspectos situacionais, como o nível de dificuldade da tarefa, grau de exigência do avaliador<sup>4</sup> e auxílio externo (BZUNECK, 2000). Desta forma, as fontes de autoeficácia são regidas pelas estratégias do processo cognitivo e suas influências. Essas crenças são constituídas através de interpretações que os indivíduos fazem a partir de quatro principais fontes de informações (BANDURA, 1997; KUHN, 2017), que atuam de forma independente e em conjunto, influenciando-se através da reciprocidade ao longo do desenvolvimento, a informação é selecionada e incorporada nos julgamentos pessoais de capacidade de acordo com as características do contexto de inserção (BZUNECK, 2000; BZUNECK, 2009; TEIXEIRA; COSTA, 2018). Essas fontes são embasadas em experiências significativas (TEIXEIRA, 2009), a saber:

---

<sup>4</sup> Um indivíduo que avalia um determinado domínio do avaliado, como por exemplo, o docente; E por sua vez, esse avaliador pode ser o próprio indivíduo, vinculado ao processo de automonitoramento das performances (NUNES, 2008).

**Experiência de domínio:** Experiência de domínio conhecida também como experiência direta, de êxito, enativa, mestria (ativa), pessoal, ganhos de execução ou comportamento efetivo, (BANDURA, 1997; GALLAGHER, 2012; TSANG; HUI; LAW, 2012) é quando o indivíduo fundamenta seus julgamentos de eficácia pessoal e antecipa suas ações, a partir da interpretação das suas experiências pregressas (GOUVÊA, 2003; TEIXEIRA; COSTA, 2018; SELAU *et al.*, 2019), sendo elas de práticas e comportamentos do indivíduo e, principalmente, se esses resultados forem interpretados como bem-sucedidos (KUHN, 2017). Esta é a fonte com maior influência, sendo a principal fonte de autoeficácia (BANDURA, 1997), pois os indivíduos se julgam capazes ou não em exercer determinada ação baseados mais nessas experiências autênticas do que comparadas a outras fontes (SELAU *et al.*, 2019).

O modo de avaliação e interpretação das experiências pregressas depende, entre outros fatores, da dificuldade da tarefa, quantidade de esforço, ajuda externa recebida, circunstâncias sob as quais se age e do padrão temporal dos sucessos e fracassos (NUNES, 2008), também depende do fator ao qual o indivíduo atribui à situação, seja capacidade ou ao esforço (BZUNECK, 2009). Um sucesso conquistado através de esforço pode contribuir menos à autoeficácia, pelo fato de o indivíduo concluir que não possui habilidades necessárias e suficientes para realizar a tarefa, tendo que precisar se esforçar muito para tal função. Nessa perspectiva, o sucesso em tarefas fáceis demais promove menos crenças de autoeficácia, pois exigem menos ou nenhum esforço, dado a seu grau de facilidade (TELCH *et al.*, 1982; BANDURA, 1995; BZUNECK, 2009), e se o indivíduo vivencia somente sucessos fáceis, a expectativa e a espera por resultados rápidos em todas as situações são desanimados facilmente pelos fracassos e derrotas. Desta forma, Bandura (1997) ensina que o sucesso exige esforço sustentado, e Gouvêa (2003) corrobora que o esforço pode dominar as dificuldades.

Esses processos avaliativos e interpretativos promovem o desenvolvimento das crenças de autoeficácia (KUHN, 2017). Tanto as experiências pessoais positivas, quanto as negativas influenciam na autoeficácia (BANDURA, 1997). As experiências positivas servem como indicador de capacidade e as negativas indicam incapacidade (SELAU *et al.*, 2019). O sucesso tende a aumentar ou fortalecer as crenças de autoeficácia, bem como valorizar a eficácia pessoal, enquanto o fracasso tende a diminuí-la, principalmente se for recorrente e de forma precipitada no curso dos eventos, quando não refletem falta de esforço ou circunstâncias externas adversas e antes do estabelecimento de uma forte autoeficácia (BANDURA, 1997; NUNES, 2008; TSANG; HUI; LAW, 2012; KUHN, 2017). Porém, um fracasso eventual terá pouco impacto nas crenças positivas de autoeficácia, devido a uma série de sucessos, por outro

lado, um único sucesso a uma longa jornada de fracasso, pouco influenciará no aumento da autoeficácia (BZUNECK, 2009).

Essas experiências “determinam os resultados das experiências pessoais, afetando de modo prévio os resultados da realização” (KUHN, 2017, p. 31), pois o (in) sucesso influi nas metas e nos níveis de desempenho. Neste sentido, durante a execução de uma tarefa, a constatação que está dando certo, proporciona informações convincentes ao indivíduo que ele tem capacidade de prosseguir com êxito (BZUNECK, 2009). E depois que essas experiências são usadas para desenvolver ou sustentar as crenças de autoeficácia, elas influenciam na motivação e persistência para o indivíduo se engajar em tarefas do mesmo domínio (NUNES, 2008).

**Experiências vicárias:** As experiências vicárias, comumente conhecida como aprendizagem vicárias, modelos vicariantes, modelagem, experiências indiretas, por sua vez, fundamenta-se na modelação social (BANDURA, 2012; FONTES; AZZI, 2012), ou seja, o indivíduo julga a sua própria capacidade por meio da observação do outro (SOUZA; PORCIÚNCULA, 2016). Porém, essa observação deve ser com alguém que o indivíduo julga ser semelhante a si e que pode executar a mesma ação (SELAU *et al.*, 2019). Esse modelo muitas vezes é limitado, por questão de estruturação social de forma diferenciada (idade, gênero e linhas socioeconômicas), que determinam os tipos de modelo que o indivíduo pode ter acesso e observar (BANDURA, 1997; NUNES, 2008). As experiências vicárias surgem a partir de modelação social e não através de comparação social (NEVES; FARIA, 2009), pois a comparação entre os indivíduos é vinculada ao autoconceito e não as crenças de autoeficácia. No entanto, muitos autores (GOUVÊA, 2003; NUNES, 2008; AZZI; GUERREIRO-CASANOVA; DANTAS, 2010; GUERREIRO-CASANOVA; POLYDORO, 2011; BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010; MORRIS; USHER; CHEN, 2017; KUHN, 2017) apontam que as comparações entre os pares são estratégias fundamentais de aprendizagem.

Por um lado, ver os semelhantes serem bem-sucedidos por meio de esforços perseverantes, aumenta suas aspirações e crenças em suas próprias capacidades (BANDURA, 2012), fazendo com que o observador identifique conhecimentos e habilidades para lidar com as exigências da ação (FONTES; AZZI, 2012), e pode diminuir o impacto de experiência pessoais de fracasso (NUNES, 2008). E, por outro lado, observar falhas dos semelhantes, podem ocasionar redução das crenças de autoeficácia – confiança e esforços (BANDURA, 1993; NUNES, 2008; SOUZA; PORCIÚNCULA, 2016). Desta forma, “testemunhar outras pessoas alcançarem o sucesso e perseverarem apesar dos obstáculos pode ajudar a inspirar as pessoas a acreditarem mais em suas próprias capacidades e a manterem um forte senso de

autoeficácia quando confrontadas com circunstâncias difíceis” (GALLAGHER, 2012, p. 315 – tradução nossa).

Se o indivíduo tiver pouca experiência prévia para embasar as avaliações de competências, falta de conhecimento sobre as experiências pessoais e incerteza sobre sua própria capacidade (NUNES, 2008), a fonte de experiência vicária tende a ser mais sensível. E, apesar de ser considerada uma fonte menos eficaz (comparada à experiência de domínio), a experiência vicária é essencial na construção de julgamento de eficácia pessoal em relação às ações não vivenciadas ativamente pelo indivíduo (SELAU *et al.*, 2019). Ainda, pode produzir mudanças significativas a curto e longo prazo por meio do efeito indireto na melhora das performances (acreditando que também é capaz de realizar as tarefas), mesmo diante ao fracasso (NUNES, 2008; KUHN, 2017). Desde modo, observar modelos de enfrentamento de desafios de forma competente e seguindo um cunho de perseverança, pode demonstrar e estimular aprendizagem de habilidades e estratégias do observador, promover prontidão em executar as ideias, criando assim chances de sucesso e aprimoramento da autoeficácia (TSANG; HUI; LAW, 2012).

**Persuasão social:** Outra fonte de autoeficácia se dá por meio de incentivos de outros indivíduos (que podem ser feitos de forma verbal ou não verbal), denominado persuasão social. O ambiente social pode persuadir o indivíduo para promover uma percepção da sua crença – se possui capacidade ou não para realizar determinada ação ou um conjunto de ações, sendo um meio adicional de fortalecimento das crenças (NUNES, 2008; GUIMARÃES *et al.*, 2019; SELAU *et al.*, 2019). As informações desta fonte são frequentemente atribuídas no *feedback* avaliativo (que não pode ser confundido com elogios ou quaisquer comentários), podendo aumentar ou diminuir a crença, dependendo do cunho da aplicabilidade.

Isoladamente, a persuasão tem um poder limitado no aumento da autoeficácia, mas pode contribuir para a performance de sucesso. Porém, quando há falta de habilidades básicas, a persuasão sozinha não desenvolve e nem substitui o desenvolvimento delas (NUNES, 2008). *Feedback* positivo pode influenciar o indivíduo a adquirir um esforço extra (KUHN, 2017), encorajar e empoderar (BANDURA, 2009), o motivando para realizar as ações. Em contrapartida, *feedback* negativo ou estar na autodúvida sobre a sua capacidade e/ou fixar nas deficiências pessoais (BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010), “pode diminuir o esforço e gerar esquivas de atividades desafiadoras, podendo ser considerado um modo de restringir os comportamentos e criar uma convicção para autodesvalorização” (NUNES, 2008, p. 35), gerando frustrações (KUHN, 2017) e adotando comportamento de autoproteção, prejudicando seu desempenho.

Para que a persuasão social seja efetivas, deve-se incluir a manipulação de todos os elementos da reciprocidade triádica (TSANG; HUI; LAW, 2012), e considerar alguns requisitos básicos, como: 1) a fonte de persuasão deve ser conhecida, que emana credibilidade, confiança, prestígio, pratica o que prega, tenha alto nível de conhecimento sobre o assunto que está sendo discutido para persuadir o indivíduo, de acordo com a natureza da atividade (GOUVÊA, 2003; BZUNECK, 2009; GALLAGHER, 2012; OLIVEIRA; SILVA; BARDAGI, 2018); 2) que o *feedback* seja aplicado em ambientes favoráveis e propensos; e, 3) de maneira realista (GOUVÊA, 2003; KUHN, 2017), ou seja, verdadeiro, para que as ações posteriores possam ser exequíveis. Os indivíduos que são persuadidos verbalmente sobre sua capacidade de forma positiva, tentam com maior rigor para alcançar o sucesso, desenvolve habilidades e senso de eficácia pessoal (BANDURA, 1995; BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010), bem como são encorajados a medir o sucesso pelo autoaperfeiçoamento e ganhos progressivos, em vez de triunfo (sobre) ou comparações com os outros (BANDURA, 2012; OLIVEIRA; SILVA; BARDAGI, 2018).

**Estados fisiológicos e emocionais:** A quarta fonte de autoeficácia é atribuída aos estados fisiológicos e emocionais, conhecidos também como estados afetivos, emocionais e somáticos, pistas somáticas/emocionais, indicadores fisiológicos, estados fisiológicos ou emocionais, que refere ao(s) efeito(s) psicofisiológico de uma determinada ação no indivíduo (MATOS; IAOCHITE, 2019), ou seja, os indicadores fisiológicos atuam quando o indivíduo avalia sua capacidade pelo seu estado emocional ao executar certos cursos de ações (PAJARES, 2002). Esse efeito é oriundo da decodificação das informações dos processos cognitivos e pela motivação gerada pela ansiedade e excitação, que são interdependentes (GUERREIRO-CASANOVA; POLYDORO, 2011).

O efeito psicofisiológico pode afetar diretamente na percepção da autoeficácia, na medida em que o estado de ativação do indivíduo interfere no modo que interpreta a situação (PAJARES, 2002; KUHN, 2017). Esse processo de julgamento da reação é multifatorial, incluindo a avaliação da fonte e nível de ativação fisiológica e emocional, a situação pela qual produz a ativação e as experiências progressas que explicam como a ativação pode ou não influenciar na execução. Deste modo, o impacto na autoeficácia dependerá do indivíduo, dos fatores situacionais que são observados pela atenção e do significado dado a eles (GOUVÊA, 2003; NUNES, 2008).

A priori, quando o indivíduo apresenta um baixo senso de autoeficácia, provavelmente pode aumentar sua sensibilidade a estados fisiológicos e emocionais nos domínios de funcionamento, não confiando nas suas capacidades de *coping* (NUNES, 2008). Já aqueles que

percebem como ineficazes ou que a ativação é excessiva, são mais suscetíveis a julgar mal suas emoções (provavelmente terá uma diminuição de autoeficácia), os considerando como deficiência de *coping* (BANDURA, 1997; PAJARES, 2002; GOUVÊA, 2003; NUNES, 2008). Por outro lado, o indivíduo que detecta um nível ótimo (ou quase ótimo) de ativação tenderá a ter mais expectativa de domínio e, conseqüentemente, poderá aumentar a sua autoeficácia (BANDURA, 1977, 1997; GOUVÊA, 2003).

“Os indicadores somáticos de autoeficácia são especialmente relevantes em domínios que envolvem conquistas físicas, funcionamento saudável e *coping* com estressores” (NUNES, 2008, p. 36). Os indivíduos em atividades que envolvem força e resistência julgam suas reações (por exemplo, fadiga, dores, sofrimentos) como sinais de debilidade física ou ineficácia física (GOUVÊA, 2003; BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010). Já os indivíduos em outras atividades, podem avaliar suas emoções (tensão, ansiedade, depressão, [...]) como deficiência pessoal ou inadequação pessoal, sendo que essas reações podem ser desencadeadas ao enfrentar uma situação ameaçadora (BANDURA, 1997; FONTES; AZZI, 2012; SELAU *et al.*, 2019), tendo em vista que o humor positivo e/ou deprimido, bem como o sono e o cansaço físico, influenciam o modo de julgamento da própria capacidade e competência (BANDURA, 2009, 2012).

Os indivíduos tendem a interpretar suas reações de estresse e tensão com sinais de vulnerabilidade ou debilidade ao mau desempenho (BANDURA, 1995). Dessa forma, o peso dos julgamentos de capacidades e confianças em si, advém pela interpretação da intensidade das reações fisiológicas ou emocionais durante a ação e não ao nível da reação em si (PAJARES, 2002; NUNES, 2008), pois a percepção e interpretação das reações são muito mais importantes do que sua real intensidade (BANDURA, 1995; SELAU *et al.*, 2019). Contudo, se faz necessário à manutenção de um grau moderado de ativação e promoção do bem-estar para facilitar a realização de tarefas (PAJARES, 2002; SELAU *et al.*, 2019), da mesma forma que para desenvolver as crenças de autoeficácia é necessário desenvolver habilidades socioemocionais.

**Experiências imaginárias:** Gallanger (2012) e Tsang, Hui e Law (2012) designam uma quinta fonte de autoeficácia que é denominada experiências imaginárias. Os autores enfatizam que no Manual do Eu e identidade de Maddux e Gosselin, publicado em 2003, aborda essa última fonte, mas que seu surgimento foi embasado na evolução dos estudos da TCS de Bandura. Imaginar sucesso ou o desempenho malsucedido, pode aumentar a autoeficácia e melhorar a estratégia de enfrentamento, e propõe intervenções como, por exemplo, terapia de exposição e ensaio de imaginação como exercício de habilidades para expandir a experiência e

preparação do indivíduo, sendo que essas intervenções podem ser aplicadas em qualquer domínio. E, mesmo que esses sucessos imaginários sejam positivos, que possam aumentar de forma gradual, as crenças de autoeficácia raramente são tão eficazes quanto às experiências reais (GALLANGER, 2012; TSANG, HUI E LAW, 2012).

Outros estudos a partir das percepções de Bandura, não abordam essa quinta fonte de autoeficácia. Nesse sentido de imaginação, Gouvêa (2003) retrata que as percepções pessoais de autoeficácia auxiliam na promoção e manutenção do nível de motivação necessária para obter altos rendimentos. Entretanto, o autor deixa claro que isso só é exequível se essas percepções não foram exageradas ou irreais. Bandura (1995) cita que a avaliação exata das próprias capacidades tem um peso maior, pois podem influenciar na quantidade de esforço a ser utilizado, no grau de persistência e na realização de tarefas. Pensamentos irreais das condições e consequências da tarefa podem ser explicados devido a um processo ineficiente na autorregulação em um dos fatores de regulação pessoal, que aborda como elementos ou processos cognitivos (SAMPAIO; POLYDORO; ROSÁRIO, 2012).

## **5.2 Autoeficácia dos estudantes do ensino superior**

As experiências vivenciadas pelos estudantes do ensino superior constituem desafios multifatoriais de acordo com cada fase do curso, sejam acadêmicos, cognitivos, afetivos, pessoais e sociais. Esses desafios são embasados nos processos de transições, que envolvem mudanças ambientais, hábitos de estudos, mudanças de cunho pessoal da vida cotidiana e comportamental, modo de reflexão sobre si e a sociedade (POLYDORO; GUERREIRO-CASANOVA, 2010; SILVA; COSTA, 2012). O modo como cada estudante vivencia esses períodos de transições é singular, acompanhado muitas vezes de sentimento de frustração e desesperança (PERARA, 2002; POLYDORO; GUERREIRO-CASANOVA, 2010).

O ensino superior propicia oportunidades de desenvolvimento e crescimento pessoal, acadêmico e profissional (ARAÚJO; ALMEIDA, 2015), mas exige capacidade de adaptação a diferentes níveis de responsabilidades, além de que neste ensino, os estudantes necessitam mobilizar recursos cognitivos como a autoeficácia, traços de personalidade, competências psicossociais (TEIXEIRA; COSTA, 2018) e habilidades socioemocionais, bem como que adote um perfil universitário, relacionado a uma postura autônoma, responsável pela construção do próprio conhecimento, ser mais participativo, se esforçar e persistir intensamente (BANDURA, 1997; GUERREIRO-CASANOVA; POLYDORO, 2011). Diante dos eventos estressores, a

adaptação é fundamental, utilizada como potencializador do desenvolvimento humano e bem-estar geral, por outro lado, a má adaptação pode desencadear o sofrimento psíquico (TEIXEIRA; COSTA, 2018), oriunda das crenças pouco realista ou baixa autoeficácia, estratégias inadequadas de estudos e aprendizagem, procrastinação acadêmica, má gestão do tempo, baixa motivação, pouca ou a falta de estratégias de regulação das emoções (SAMPAIO; POLYDORO; ROSÁRIO, 2012; CASIRAGHI; BORUCHOVITCH; ALMEIDA, 2020) e estratégias de enfrentamento de problemas, como o *coping* de evitação.

A autoeficácia no ensino superior é definida como as crenças de um estudante sobre a sua capacidade em organizar e executar cursos de ações requeridos para produzir certas realizações de tarefas acadêmicas (POLYDORO; GUERREIRO-CASANOVA, 2010). A autoeficácia age como mediadora da motivação, ou seja, quanto maior a autoeficácia do estudante, mais ele demonstrará iniciativa, esforço, persistência, interesse e propósito no aprendizado que impacta na qualidade e quantidade de investimento dedicado à tarefa (AZZI; GUERREIRO-CASANOVA; DANTAS, 2010), bem como persistem mais no enfrentamento dos desafios que surgem durante o processo (SANTOS; RAMOS; SILVA, 2020). Dessa forma, a autoeficácia tem relevância para o desenvolvimento multidimensional, integração, permanência e o sucesso acadêmico (POLYDORO; GUERREIRO-CASANOVA, 2010), considerando também os outros contextos de inserção do estudante.

Alguns estudos com estudantes do ensino superior, verificaram o efeito mediador da autoeficácia entre estresse da vida e depressão (SAWATZKY *et al.*, 2012; LEE; LEE, 2016; ABACAR *et al.*, 2021) e estratégia de enfrentamento (DEVONPORT; LANE, 2006; LOPES; MEURER; COLAUTO, 2020; MEURER; LOPES; COLAUTO, 2020; SILVA *et al.*, 2020). O papel da autoeficácia na depressão, bem-estar psicológico e na previsão do comportamento no exercício e lidar com barreiras (BRAY, 2007; ERSÖZ, 2017), no comportamento cidadão e acadêmico (LOPES; MEURER; VOESE, 2018), como determinante psicológico do desempenho acadêmico (CUNHA; JÚNIOR; LUCA, 2010; MAMEDE *et al.*, 2015) satisfação e sucesso acadêmico (SANTOS *et al.*, 2013; SANTOS; ZANON; ILHA, 2019) e a relação com as substâncias psicoativas, principalmente álcool e tabaco (MORALES DOMÍNGUEZ *et al.*, 2011; PEDROSA *et al.*, 2011; PARDAVILA-BELIO; LIZARBE-CHOCARRO; CANGA-ARMAYOR, 2019; SOUZA; REZENDE; AVOGLIA, 2021), dentre outros fatores que impactam positiva ou negativamente na autoeficácia dos estudantes. Após uma extensa busca na literatura, foram encontrados estudos que analisaram aspectos uni e bidirecionais entre a autoeficácia e outros elementos, porém não foram encontrados estudos que analisaram sua multidimensionalidade entre a relação da autoeficácia, estratégia de enfrentamento de



problemas e indicadores de sofrimento psíquico, além de fatores acadêmicos e sociodemográficos.

## **6 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **6.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo de inquérito epidemiológico. Neste método, o investigador observa os dados relativos ao estado de saúde de uma determinada população, ou seja, observa as características da doença ou transtorno, sem manipular os fatores relacionados à aquisição ou progresso, possibilitando estimar evento com foco numa população específica, observando simultaneamente os fatores de risco e a doença em um determinado momento ou tempo, não permitindo comprovar relações de causalidade (FILHO; BARRETO, 2011).

### **6.2 Lócus e sujeitos da Pesquisa**

O estudo foi realizado na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) e os sujeitos da pesquisa são os estudantes do ensino superior. A instituição foi fundada em 1978 em Cáceres, como Instituto do Ensino Superior de Cáceres (IESC) com o objetivo de promover o ensino superior e a pesquisa. E após 15 anos, foi instituída como universidade, com a Lei Complementar nº 30 de 15 de dezembro de 1993, mantida pela FUNEMAT (Fundação Universidade do Estado de Mato Grosso), seguindo os três pilares essenciais: ensino, pesquisa e extensão (UNEMAT, 2020).

Atualmente, a UNEMAT é composta por 13 campus universitários, nas cidades de: Alta Floresta, Alto Araguaia, Barra do Bugres, Cáceres, Colíder, Diamantino, Juara, Luciara, Nova Mutum, Nova Xavantina, Pontes e Lacerda, Sinop e Tangará da Serra; 17 núcleo pedagógicos e 24 polos educacionais de ensino a distância, atendendo aproximadamente 22 mil estudantes, sendo contemplados em 129 cursos de modalidade diferenciados e 60 presenciais. Possui 04 doutorados institucionais, 04 interinstitucionais (Dinter) e 03 em rede, 11 mestrado institucional, 01 interinstitucional (Minter) e 05 profissionais (UNEMAT, 2020).

Compreendemos a universidade como um “espaço experiencial” (MATURANA, 1996, p. 204), que vai além de ampliar a capacidade de reflexão dos estudantes em relação a conhecimentos específicos e criar um senso de responsabilidade e criticidade sobre o mundo. E em relação aos estudantes, ressaltamos que apesar da literatura utilizar a expressão estudante universitário ou apenas universitário para refletir ao estudante vinculado a uma universidade,

neste trabalho, decidiu-se utilizar a expressão estudante do ensino superior para refletir os descritores ‘estudantes’ e ‘ensino superior’ que estão devidamente indexados nas bases de dados e, principalmente para denominar o estudante nesse nível de ensino. Uma das características e identidade básica do estudante é “a de pessoa que está em um período de formação, isto é, de aprendizagem” (ZABALZA, 2004, p. 188), porém, salientamos que o estudante perpassa por inúmeras experiências pregressas e vários contextos sociais e culturais, que moldam sua personalidade e crenças.

A seleção dos sujeitos foi por conveniência. Essa técnica é de forma não probabilística ou não aleatória que é empregada quando a participação é voluntária, além de ser por questão de conveniência ou simplicidade (FÁVERO; BELFIORE, 2017), usadas intencionalmente para selecionar uma população específica (PEREIRA, 2018). Deste modo, seguimos um único critério para a seleção dos sujeitos: **Critério 01** – estar devidamente vinculado à educação superior da UNEMAT, em quaisquer campus, curso e semestre. Ressaltamos que todos os estudantes que não responderam completamente o questionário autoaplicável online, foram excluídos da pesquisa e os que não aderiram o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) não tiveram acesso ao questionário.

### **6.3 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio de questionário autoaplicável online nos anos de 2017 e 2018, construído na plataforma gratuita *google forms* e enviado no e-mail de cada estudante, inicialmente através do(s) departamento(s), e posteriormente de forma direta projeto – estudante, com envios sistematizados sob responsabilidade dos voluntários do projeto (2017) e pela autora da dissertação (2018). O teste piloto foi realizado com alguns alunos da UNEMAT para verificar as características relativas e instrumentos. O instrumento foi composto por questões objetivas, referente a sinais e sintomas (comportamentais, cognitivas e fisiológicas) de depressão, ansiedade e outros indicadores de sofrimento psíquico, assim como variáveis sociodemográficas, acadêmicas, desempenho e contentamento e hábitos de vida.

Os questionários sociodemográficos, além das questões acadêmicas, desempenho e contentamento e de hábitos de vida foram elaborados com base na literatura, para selecionar variáveis e indicadores adequados ao segmento de análise. Sendo levados em consideração os seguintes aspectos: idade, sexo, raça/cor, estado civil, orientação sexual, religiosidade, trabalhar, ter filhos, possuir graduação prévia, faculdade, campi, curso atual como primeira

escolha, curso, fase, período, número de reprovação, satisfação com o curso, prática de estudos extraclasse, participação em projetos, procedência, mudança de cidade para cursar a universidade, prática de atividade física, consumo de substância alcoólica, uso de tabaco ou derivado, entre outros (BOTEGA *et al.*, 1995; RODRIGUES; DE SOUZA, 2021).

Para coletar dados referentes aos indicadores de sofrimento psíquico foi utilizado a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) (Anexo A). A EHAD possui 14 questões que avaliam sintomas sugestivos de ansiedade e depressão. Essa escala diminui a influência das patologias somáticas, uma vez que não utiliza manifestações clínicas inespecíficas, tais como: perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, cefaleia, tontura, entre outros, e/ou sintomas relacionados a doenças físicas. Assim, o sofrimento psíquico é determinado por sintomas psicológicos, já que estes sobressaem em relação às manifestações somáticas (BOTEGA *et al.*, 1995).

Os escores da EHAD variam de 0 a 21 pontos para cada subescala. Os participantes que apresentam escores menores que 07 são considerados sem sinais clínicos significativos (sintomas improváveis) para ansiedade/depressão. Para os que apresentaram escores entre 08 e 11, são considerados com sintomas possíveis (falso-positivos), e de 12 a 21 com sintomas sugestivos de distúrbio (provável). Este instrumento foi desenvolvido por Zigmond e Snaith (1983) e validado no Brasil por Botega e colaboradores (1995) para indivíduo não doentes, incluindo estudantes e docentes universitários (SPADARO; HUNKER, 2016; FRANCIS *et al.*, 2019; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021; MELO *et al.*, 2021), sendo gratuito, autoaplicável e de curta duração.

Para a avaliação das estratégias de adaptação e enfrentamento de problemas ou situação estressora utilizada pelos estudantes, utilizou-se o inventário de estratégias de *Coping* (Anexo B), validado para a população brasileira por Folkman e Lazarus (1985) e validado uma escala reduzida com 16 questões por Antoniazzi (1999). Este questionário avalia dois parâmetros: Aproximação, que incluem todas as estratégias vistas como mais adaptativas, atuando diretamente sobre o problema através de ações comportamentais e cognitivas; e Evitação, que constituem de estratégias negativas e de distração, associadas a resultados menos adaptativos e funcionais para os indivíduos (ANTONIAZZI, 1999). Cada pergunta possui quatro alternativas: nunca, poucas vezes, muitas vezes e sempre. A interpretação da pontuação média para evitação é apresentada como ‘quanto maior, pior a adaptação’, e para aproximação ‘quanto maior, melhor a adaptação’.

E para avaliar a crença que o indivíduo tem sobre a capacidade de realizar com sucesso determinada atividade, foi utilizada a escala de Autoeficácia Percebida (Anexo C). O

instrumento possui 12 itens (questões), os quais representam 03 dimensões, sendo: iniciativa (itens de 1 a 3), esforço (itens 4 a 8) e persistência (itens 9 a 12). As dimensões iniciativa e esforços são consideradas padrões pessoais intrínsecos, pois são inerentes do próprio indivíduo. A autoeficácia iniciativa, como o próprio termo reflete, consiste na percepção do indivíduo em ter iniciativa, ou seja, tomar decisões, ter a capacidade de iniciar projetos, envolver-se em novas atividades para as quais sintam-se competentes em se comprometer com o novo propósito, dentre outros. O esforço é definido como a percepção do indivíduo ao grau de intensidade que ele atribui na realização das atividades. Já a persistência é um padrão pessoal extrínseco, vinculado ao processo de desempenho, sendo que essa dimensão é influenciada pelo ambiente, situações e fatores externos, caracterizada pela constância na realização da atividade para alcançar determinado objetivo (dimensão de tempo) (PERARA, 2002; BICA; VERDIN; VICARI, 2006).

Neste instrumento, a percepção é representada em escala Likert, onde discordo fortemente (01 ponto) representa a menor pontuação e concordo fortemente (04 pontos) a maior pontuação, sendo que as dimensões *Iniciativa* e *Persistência* foram invertidas, para que o valor seja interpretado de forma direta, ou seja, quanto mais elevado o valor, melhor a percepção do indivíduo em cada dimensão. A GSES-12 (General Self-Efficacy Scale), além de cada subescala, apresenta uma análise fatorial confirmatória (alfa de Cronbach)  $> 60$ , interpretado como um construto amplo unidirecional, atendendo as expectativas gerais da escala (BOSSCHER; SMIT, 1998).

#### **6.4 Análise dos dados**

Os dados foram importados para um banco de dados e analisados a partir da abordagem quantitativa, inicialmente através de estatística descritiva e posteriormente inferencial. A estatística descritiva consiste em resumir adequadamente as informações, para interpretar os dados, destacando as características mais relevantes da população específica estudada (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 1999). Já a estatística inferencial, consiste em um conjunto de procedimentos por meio dos quais as informações obtidas com base em dados são utilizadas para estabelecer conclusões, que possibilita a tomada de decisões sobre a população a qual a amostra foi extraída. Esses procedimentos permitem o controle dos erros, reduzindo a incerteza envolvida nas situações de tomada de decisões (WERKEMA, 2014).

Os dados foram tabulados no Programa Microsoft Office Excel 2010. Para os cálculos de frequência absoluta e relativa, prevalência das variáveis, relação entre as variáveis e teste estatísticos, além da construção de gráficos, foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26.0 e o programa TabWin 4.15, para elaboração de mapas. Dessa forma, foram construídos tabelas, gráficos e mapas para visualizar a distribuição dos dados. Para teste de normalidade dos dados, foi utilizado os teste *Kolmogorov-Smirnov* (0,195,  $p$ -valor <0,05) e *Shapiro-Wilk* (0,782,  $p$ -valor <0,05), indicando um desvio da normalidade, ou seja, a distribuição dos dados é significativamente diferente que uma distribuição normal. Assim, para cálculo de comparação entre autoeficácia e fatores associados, utilizou-se o Teste U de *Mann-Whitney* para duas amostras e Teste H de *Kruskal-Wallis* one-way ANOVA para amostras de três categorias acima, e entre o sofrimento psíquico, *coping*, autoeficácia e fatores associados, utilizou-se a Correlação de *Spearman* ( $\rho$  de *Spearman* ou  $r_s$ ), todos no nível de significância de 5% ( $p$ -valor <0,05).

Os testes de hipótese (teste U e H), trata-se de técnica de inferência estatística sobre uma população a partir de uma amostra, que avaliam diferença estatisticamente significativa entre as médias dos postos das duas ou mais condições independentes (categorias) (DANCEY; REIDY, 2019). Já o coeficiente de correlação de *Spearman* é utilizado para minimizar os efeitos dos escores extremos ou das violações dos pressupostos dos dados, transformando os dados em postos e aplicando a equação de Pearson (FIELD, 2020). Tanto o teste de hipótese, quanto a correlação de *Spearman* são considerados testes não paramétricos, ou seja, testes livres de pressupostos e que não estão dentro da distribuição normal. Esses postos (ranques) combinam-se as amostras, sendo feito na ordenação de valores, independente da população a qual pertence, assim os efeitos atípicos são eliminados.

Em posteriori, foi realizada a Análise de Correspondência Múltipla – ACM, que também é conhecida internacionalmente como MCA (Multiple Correspondence Analysis). Essa análise é uma técnica multivariada que possibilita avaliar a significância da associação entre mais de duas variáveis categóricas, entre categorias e sua intensidade, além de determinar coordenadas dessas categorias com base na distribuição de dados em tabelas cruzadas, que possibilita a construção de mapas perceptuais ou mapas de categorias (que são diagramas de dispersão) em relação a eixos de coordenadas ortogonais (HAIR *et al.*, 2009; FÁVERO; BELFIORE, 2017).

As variáveis foram organizadas por grupos, a saber: objetos de estudo; características do estudante; características do curso; desempenho e contentamento e; hábitos de vida e estudo (Quadro 2), e realizou-se a padronização da análise com a inclusão das variáveis dos objetos de estudo em todos os grupos já mencionados. Utilizou-se uma nova codificação entre as

categorias no próprio SPSS (salvo em formato sav), sendo importados ao Programa R 4.1.2 para a MCA. As dimensões de autoeficácia e *coping* de aproximação e evitação, eram variáveis não categóricas e foram reorganizados de acordo com percentil 50, sendo categorizadas em “Alto” e “Baixo” em cada dimensão. A MCA foi dividida e apresentada em dois aspectos, 1º. tabela de distribuição dos resultados e 2º. o mapa perceptual.

Na tabela dos resultados da MCA, utilizou-se os aspectos principais: coordenadas, contribuições (%), cosseno ao quadrado ( $\text{Cos}^2$ ), que representa a qualidade da variável e distribuição da correlação ao quadrado ( $R^2$ ) das categorias em cada dimensão, sendo apresentado apenas as dimensões 1 e 2. E de acordo com Hair e colaboradores (2009), nomeamos cada dimensão com a categoria mais associada a ela. E foi realizada avaliação de ajuste ao longo da análise, sendo eliminadas do modelo final as variáveis não associadas a nenhuma das dimensões, com nível de significância de 5%.

Através do gráfico *biplot* foi apresentado o mapa perceptual, e utilizou-se as variáveis de acordo com cada grupo de característica analisado na tabela dos resultados da MCA. Variáveis estas ativas nas análises, participando e influenciando diretamente na associação e construção do espaço perceptual analítico, sendo padronizado as elipses de concentração (*cluster*) de acordo com o sofrimento psíquico dos estudantes, ou seja, cada grupo foi analisado conforme os sintomas improváveis e prováveis de ansiedade e posteriormente, depressão, excluindo os sintomas possíveis ou falso-positivo de ambos os distúrbios. Os valores apresentados nas dimensões 1 (eixo x) e 2 (eixo y) são as medidas de dispersão, similar a variância, que explica a variabilidade dos dados de acordo em cada dimensão.

Quadro 2 – Variáveis, suas respectivas categorias e código de identificação para MCA.

Grupos	Variáveis	Códigos das categorias	Identificação das categorias
Objetos de Estudos	Diagnóstico de Ansiedade	DA_Improvável	Diagnóstico Improvável de Ansiedade
		DA_Provável	Diagnóstico Provável de Ansiedade
	Diagnóstico de Depressão	DD_Improvável	Diagnóstico Improvável de Depressão
		DD_Provável	Diagnóstico Provável de Depressão
	Coping Evitação	Bx_Coping_EVIT	Baixo Coping de Evitação
		At_Coping_EVIT	Alto Coping de Evitação
	Coping Aproximação	Bx_Coping_APROX	Baixo Coping de Aproximação
		At_Coping_APROX	Alto Coping de Aproximação
Autoeficácia Iniciativa	Bx_AE_I	Baixa Autoeficácia Iniciativa	
	At_AE_I	Alta Autoeficácia Iniciativa	
Autoeficácia Esforço	Bx_AE_E	Baixa Autoeficácia Esforço	
	At_AE_E	Alta Autoeficácia Esforço	
Autoeficácia Persistência	Bx_AE_P	Baixa Autoeficácia Persistência	
	At_AE_P	Alta Autoeficácia Persistência	
Características do Estudante	Idade	17-23 anos	17 a 23 anos
		24-29 anos	24 a 29 anos
		>=30 anos	30 anos acima
	Sexo	MASC.	Sexo Masculino
		FEM.	Sexo Feminino
	Raça	Raça_NB	Raça Não Branca
		Raça_B	Raça Branca
	Estado civil	S_S	Solteiro ou Separado
		C_UE	Casado ou em União Estável
	Filho	F_Não	Não tem filhos
F_Sim		Tem filhos	
Mudança de cidade*	MC_Não	Não Mudou de Cidade para cursar a universidade	
	MC_Sim	Mudou de Cidade para cursar a universidade	
Trabalha	T_Não	Não trabalhava	
	T_Sim	Trabalhava	
Graduação Prévia	GP_Não	Não possui Graduação Prévia	
	GP_Sim	Possui Graduação Prévia	

\*Mudança de cidade para cursar a universidade.



(continuação do Quadro 2)

<b>Grupos</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Códigos das categorias</b>	<b>Identificação das categorias</b>
<b>Características do Curso</b>	<b>Curso</b>	O_Cursos	Outros cursos
		C_Saúde	Cursos da Saúde
	<b>Campi</b>	O_Campus	Outros Campus
		C_Cáceres	Campus de Cáceres
	<b>Período</b>	P_Mat_Vesp_Not	Período Matutino, Vespertino ou Noturno
P_Integral		Período Integral	
<b>Fase</b>	F_Inicial	Fase Inicial do curso (1º ao 4º semestre)	
	F_Intermediária	Fase Intermediária (5º ao 7º semestre)	
	F_Final	Fase Final ( $\geq$ 8º semestre)	
<b>Curso atual como 1ª escolha</b>	IEC_Não	Não cursava a 1ª Escolha do Curso	
	IEC_Sim	Cursava a 1ª Escolha do Curso	
<b>Desempenho e Contentamento</b>	<b>Reprovação</b>	R_Nunca	Nunca Reprovou
		R $\leq$ 2x	Reprovou 2 vezes ou menos
R $\geq$ 3x		Reprovou 3 vezes ou mais	
<b>Satisfação com o Curso</b>	SC_Sim	Satisfeitos com o Curso	
	SC_Não	Não estavam satisfeitos com o Curso	
<b>Hábitos de Vida e Estudo</b>	<b>Prática de Atividade Física</b>	PAF_Não	Não Pratica Atividade Física
		PAF_1-2x/sem.	Pratica Atividade Física 1 a 2 vezes por semana
		PAF= $\geq$ 3x/sem	Pratica Atividade Física 3 vezes ou mais por semana
	<b>Estudos Extraclasse</b>	EE= $\leq$ 2h/dia	2 horas ou menos por dia de Estudos Extraclasse
EE= $\geq$ 3h/dia		3 horas ou mais por dia de Estudos Extraclasse	

Fonte: Elaborada pela autora.

## 6.5 Aspectos éticos

Os estudos foram embasados no projeto matricial “**Saúde Mental é Essencial**”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNEMAT, sob parecer de nº 1.851.630 – CAAE 60344416.0.0000.5166 (Anexo D), com respeito aos participantes em sua dignidade e autonomia, bem como com a privacidade e anonimato, reconhecendo sua vulnerabilidade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida, cumprindo com os princípios éticos determinados na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que consiste em respeitar, garantir, ponderar entre riscos e benefícios, assegurar a confiabilidade e a privacidade dos participantes da pesquisa científica envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Perfil da população de estudo

Participaram da pesquisa 669 estudantes do ensino superior, sendo 420 (62,8%) em 2017. De acordo com o perfil sociodemográfico, 66,8% dos estudantes estavam na faixa etária de 17 a 23 anos, cerca de 74,3% foram do sexo feminino, 68,0% se autodeclararam não brancos, 85,5% predominantemente solteiros e/ou separados, 85,2% declararam-se heterossexuais, 80,0% pertenciam a alguma religião, 73,5% não trabalham, 87,1% não tem filhos. 93,0% dos estudantes possuíam uma graduação prévia, 62,2% pertenciam a Faculdade de Ciências da Saúde (FACIS), 87,9% do campus de Cáceres, 37,7% eram de outros cursos que não são da área da saúde e 35,3% do curso de Enfermagem, 46,5% estavam no início do curso, estudando em período integral (62,3%), sendo a primeira escolha do curso (66,1%) (Tabela 1).

Destes estudantes 66,1% não reprovaram, 62,3% não estavam satisfeitos como curso, 68,2% estudavam 3 horas acima extraclasse por dia e 71,9% participaram de algum projeto na universidade de forma voluntária e/ou com bolsa. 51,9% praticavam alguma atividade física, 65,1% consumiram alguma substância alcoólica nos últimos três meses e 85,7% não usaram nenhum derivado do tabaco neste período. Quanto aos sintomas, 43,3% apresentaram sintomas prováveis de ansiedade e 20,6% prováveis de depressão, sendo que a prevalência de ansiedade e depressão foi de 48,6% entre os estudantes, 26,5% apresentaram somente ansiedade e 3,0% depressão (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e fatores acadêmicos dos estudantes do ensino superior – UNEMAT, 2017 e 2018.**

Variáveis	FA – Frequência absoluta (n)	FR – Frequência Relativa (%)
<b>Idade<sup>5</sup></b>		
17 a 23 anos	430	66,8
24 a 29 anos	150	23,3
30 anos ou mais	64	9,9
<b>Sexo</b>		
Masculino	172	25,7
Feminino	497	74,3
<b>Raça/cor/etnia<sup>6</sup></b>		
Não Branca	455	68,0
Branca	214	32,0

<sup>5</sup> Categorização definida através do quartil no programa estatístico.

<sup>6</sup> Distribuição dessa e outras variáveis, consta no Apêndice B.

<b>Estado civil</b>		
Solteiro/separado	572	85,5
Casado/união estável	97	14,5
<b>Orientação sexual</b>		
Não heterossexual	99	14,8
Heterossexual	570	85,2
<b>Religião</b>		
Sem religião/ateu	134	20,0
Com religião	535	80,0
<b>Trabalha</b>		
Não	492	73,5
Sim	177	26,5
<b>Tem filhos</b>		
Não	583	87,1
Sim	86	12,9
<b>Graduação Prévia</b>		
Não	622	93,0
Sim	47	7,0
<b>Faculdade</b>		
FACIS	416	62,2
Outras	253	37,8
<b>Campi<sup>7</sup></b>		
Cáceres	588	87,9
Outros	81	12,1
<b>Curso atual como 1ª escolha</b>		
Não	227	33,9
Sim	442	66,1
<b>Curso</b>		
Educação Física	70	10,5
Enfermagem	236	35,3
Medicina	111	16,6
Outros	252	37,7
<b>Fase</b>		
Inicial (1º ao 4º semestre)	311	46,5
Intermediário (5º ao 7º semestre)	215	32,1
Final (8º semestre acima)	143	21,4
<b>Período</b>		
Matutino, vespertino ou noturno	252	37,7
Integral	417	62,3
<b>Reprovação</b>		
Nunca	442	66,1
<=2 vezes	144	21,5
>=3 vezes	83	12,4
<b>Satisfação com o curso</b>		
Não	417	62,3
Sim	252	37,7
<b>Estudos Extraclasse</b>		

---

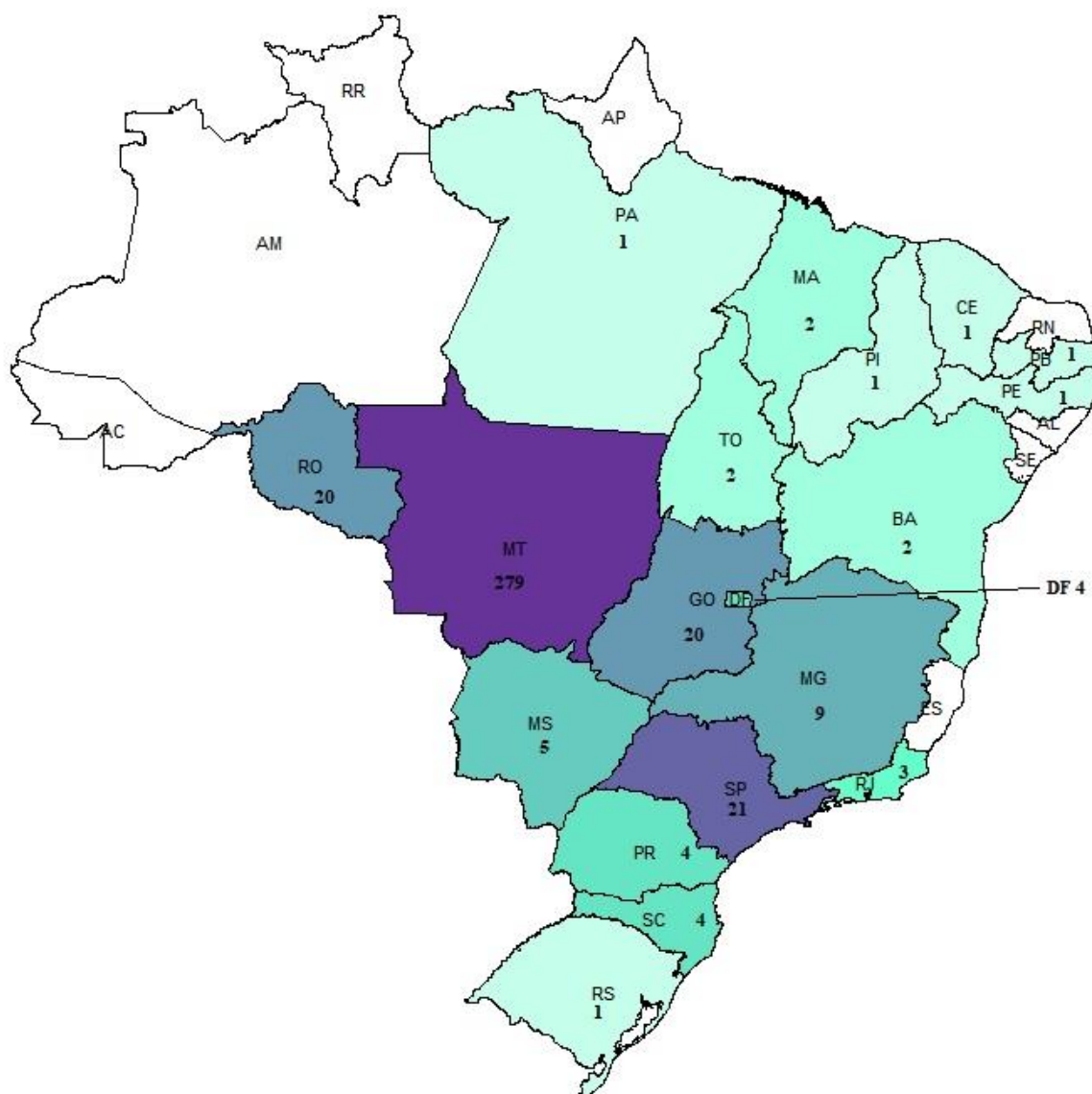
<sup>7</sup> Obtivemos a participação de 11 dos 13 campi da UNEMAT (Apêndice C).

<=2horas/dia	249	37,2
>=3horas/dia	420	62,8
<b>Participação em projetos</b>		
Não	188	28,1
Sim	481	71,9
<b>Mudou-se de cidade para cursar a universidade</b>		
Não	296	44,2
Sim	373	55,8
<b>Pratica Atividade Física</b>		
Não	322	48,1
Sim	347	51,9
<b>Consumiu alguma substância alcoólica</b>		
Não	229	34,9
Sim	428	65,1
<b>Usou algum derivado do tabaco</b>		
Não	563	85,7
Sim	94	14,3
<b>Diagnóstico de Ansiedade</b>		
Improvável	167	25,0
Possível	212	31,7
Provável	290	43,3
<b>Diagnóstico de Depressão</b>		
Improvável	324	48,4
Possível	207	30,9
Provável	138	20,6
<b>Sobreposições de sintomas</b>		
Sem sintomas	147	22,0
Somente Ansiedade	177	26,5
Somente Depressão	20	3,0
Ansiedade e Depressão	325	48,6
<b>Total</b>	<b>669</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Aproximadamente 56% dos estudantes mudaram de cidade para cursar a universidade, 42% residiam no estado de Mato Grosso, 3,14% no estado de São Paulo e 2,99% em Goiás e Rondônia, respectivamente. Porém, 43,05% (n=288) dos estudantes omitiram esta informação no questionário (Figura 2).

Figura 2 – Mapa<sup>8</sup> de distribuição dos estudantes por estado de residência.

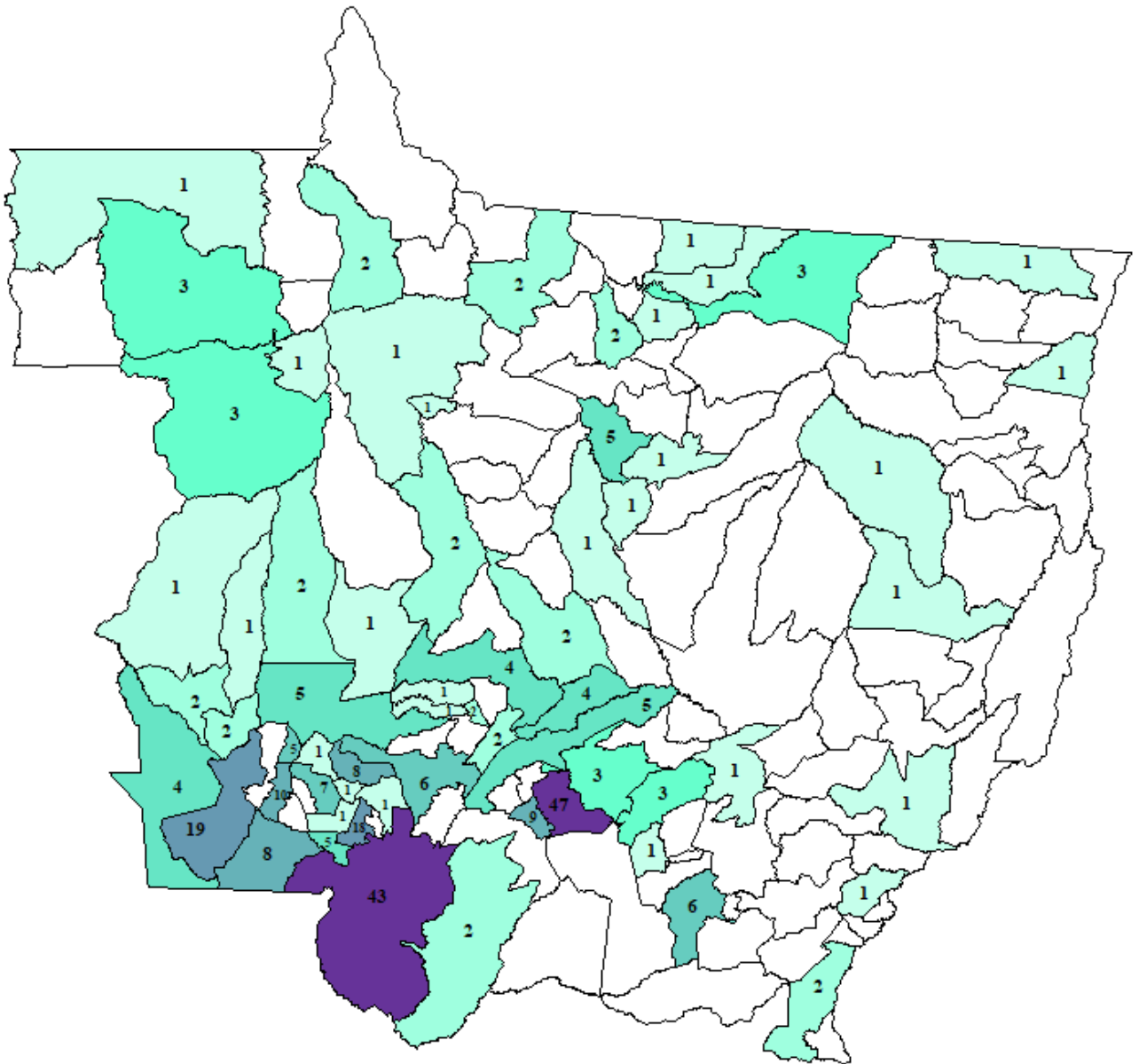


Fonte: Elaborada pela autora.

Como supracitado, 42,7% dos estudantes eram do estado de Mato Grosso, correspondentes a 62 municípios (Apêndice D) dos 141 do estado (IBGE, 2017). Na figura 3, há uma proporção de estudantes oriundos das regiões Centro-Sul e Oeste do Mato Grosso, e pouca concentração nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Norte do estado. Destas 64, as cidades da região Centro-Sul, como Cuiabá (16,58%, n=47), Cáceres (15,41%, n=43), Pontes e Lacerda (6,81%, n=19) e Mirassol D'Oeste (6,45%, n=18), apresentaram uma maior concentração de estudantes.

<sup>8</sup> Mapa(s) construído(s) no programa Tab para Windows (TabWin) versão 4.15, baixado no site do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3>>. Acesso em: 16 out. 2020.

**Figura 3 – Mapa de distribuição absoluta dos estudantes de acordo com os municípios de residência no estado de Mato Grosso.**



Fonte: Elaborada pela autora.

Para as dimensões de autoeficácia dos estudantes, as médias foram 3,28 (DP: 0,800) iniciativa, 3,16 (DP: 0,609) Esforço e 2,42 (DP: 0,850) Persistência. A média geral da prevalência de sintomas de sofrimento psíquico foi 10,73 (DP: 4,241) e 8,06 (DP: 3,806) para ansiedade e depressão, respectivamente. A média geral de *Coping* de evitação foi 20,76 (DP: 3,497) e aproximação de 15,04 (DP: 3,345). A idade dos estudantes variou na faixa etária entre 17 e 57 anos, com média de 23,34 anos e desvio padrão (DP) de 4,982. A média de reprovação foi de 0,93 (DP: 1,915), variando entre 0 e 10, sendo que a média de tempo de atividade física por minuto foi 70,45 (DP: 45,455), variando de 10 a 480 min. por dia (Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição das variáveis de autoeficácia, sofrimento psíquico, *coping* e fatores associados dos estudantes do ensino superior – UNEMAT, 2017 e 2018.**

Variáveis	Média	Mediana	Moda	DP	Mínimo	Máximo
AE – Iniciativa	3,28	3,33	4,0	0,800	1,0	4,0
AE – Esforço	3,16	3,20	3,2	0,609	1,0	4,0
AE – Persistência	2,42	2,50	2,0	0,850	1,0	4,0
Pontuação de Ansiedade	10,73	11,00	10	4,241	1	20
Pontuação de Depressão	8,06	8,00	8	3,806	0	19
<i>Coping</i> de Evitação	20,76	21,00	21	3,497	11	33
<i>Coping</i> de Aproximação	15,04	15,00	14	3,345	6	24
Idade	23,34	22,0	22	4,982	17	57
Nº de reprovação	0,93	0,0	0	1,915	0	10
Tempo (em min.) de AF por dia	70,45	60,0	60	45,455	10	480

Nota: AE – Autoeficácia; AF – Atividade Física; DP – Desvio Padrão.

Fonte: Elaborada pela autora.

## 7.2 Fatores associados a autoeficácia

Foram observadas maiores médias para autoeficácia iniciativa no grupo de estudantes que estudavam 3 horas ou mais por dia extraclasse (3,32), que não praticavam atividade física (3,31), que não usaram nenhum derivado de tabaco nos últimos três meses (3,25) e que nunca reprovaram (3,24). Para autoeficácia esforço, as maiores médias significativas foram dos estudantes que estudavam 3 horas ou mais por dia extraclasse (3,22), que apresentaram diagnóstico provável de depressão (3,21), que não utilizaram nenhuma substância alcoólica nos últimos três meses (3,20), não usaram nenhum derivado de tabaco (3,18) e heterossexuais (3,18). Para persistência, as maiores médias significativas foram no grupo de estudantes que estudavam 3 horas ou mais por dia extraclasse (2,47), heterossexuais (2,44) e que não fizeram uso de nenhum derivado de tabaco (2,44) (Tabela 3).



**Tabela 3 – Média, diferença de média e desvio padrão para autoeficácia dos estudantes do ensino superior, segundo fatores associados e seus respectivos valores do Teste U de Mann-Whitney ou Teste H de Kruskal-Wallis one-way ANOVA – UNEMAT, 2017 e 2018.**

Variáveis	AE Iniciativa				AE Esforço				AE Persistência			
	M	DM	DP	Teste U/H	M	DM	DP	Teste U/H	M	DM	DP	Teste U/H
<b>Idade</b>												
17 a 23 anos#	3,22		0,83		3,13		0,64		2,37		0,87	
24 a 29 anos	3,23	-0,01	0,77	0,639	3,24	-0,11	0,51	0,353	2,50	-0,13	0,79	0,321
30 anos ou mais	3,20	0,02	0,75		3,15	-0,02	0,68		2,46	-0,09	0,84	
<b>Sexo</b>												
Masculino#	3,28		0,78		3,10		0,65		2,48		0,87	
Feminino	3,21	0,07	0,81	0,373	3,17	-0,07	0,60	0,267	2,39	0,09	0,84	0,250
<b>Raça/cor/etnia</b>												
Não Branca#	3,24		0,80		3,16		0,63		2,40		0,85	
Branca	3,20	0,04	0,80	0,420	3,14	0,02	0,58	0,409	2,44	-0,04	0,85	0,463
<b>Estado civil</b>												
Solteiro/separado#	3,21		0,81		3,14		0,63		2,40		0,86	
Casado/ união estável	3,32	-0,11	0,71	0,328	3,23	-0,09	0,50	0,351	2,50	-0,10	0,80	0,294
<b>Orientação sexual</b>												
Não heterossexual#	3,20		0,82		3,00		0,72	0,029	2,27		0,87	0,074
Heterossexual	3,23	-0,03	0,80	0,748	3,18	-0,18	0,59	**	2,44	-0,17	0,85	***
<b>Religião</b>												
Sem religião/ateu#	3,28		0,79		3,15		0,65		2,44		0,90	
Com religião	3,21	0,07	0,80	0,379	3,16	-0,01	0,60	0,926	2,41	0,03	0,84	0,755
<b>Trabalha</b>												
Não#	3,23		0,80		3,16		0,62		2,41		0,87	
Sim	3,22	0,01	0,81	0,887	3,15	0,01	0,59	0,860	2,44	-0,03	0,80	0,593
<b>Tem filhos</b>												
Não#	3,22		0,81		3,15		0,62		2,40		0,85	
Sim	3,29	-0,07	0,70	0,740	3,23	-0,08	0,56	0,291	2,51	-0,11	0,83	0,251
<b>Graduação Prévia</b>												
Não#	3,23	0,0	0,80	0,909	3,15	-0,06	0,62	0,972	2,41	-0,12	0,85	0,386

Sim	3,23		0,77		3,21		0,46		2,53		0,83	
<b>Faculdade</b>												
FACIS	3,25	-0,05	0,78	0,642	3,18	-0,06	0,58	0,666	2,42	0,0	0,84	0,911
Outras#	3,20		0,83		3,12		0,66		2,42		0,87	
<b>Campi</b>												
Cáceres	3,24	-0,10	0,79	0,526	3,17	-0,11	0,59	0,445	2,43	-0,06	0,85	0,554
Outros#	3,14		0,89		3,06		0,71		2,37		0,83	
<b>Curso atual como 1ª escolha</b>												
Não#	3,26	0,05	0,85	0,159	3,20	0,06	0,56	0,443	2,49	0,11	0,88	0,124
Sim	3,21		0,77		3,14		0,63		2,38		0,83	
<b>Curso</b>												
Educação Física	3,10	0,09	0,86		3,18	-0,06	0,67		2,40	0,02	0,87	
Enfermagem	3,30	-0,11	0,75	0,404	3,20	-0,08	0,52	0,857	2,44	-0,02	0,84	0,967
Medicina	3,22	-0,03	0,79		3,12	0,0	0,62		2,39	0,03	0,83	
Outros#	3,19		0,83		3,12		0,66		2,42		0,87	
<b>Fase</b>												
Inicial#	3,21		0,80		3,15		0,59		2,42		0,89	
Intermediária	3,27	-0,06	0,79	0,510	3,16	-0,01	0,63	0,750	2,41	0,01	0,82	0,969
Final	3,19	0,02	0,82		3,18	-0,03	0,62		2,43	-0,01	0,82	
<b>Período</b>												
Não integral	3,21	0,03	0,81	0,815	3,16	-0,01	0,65	0,492	2,46	-0,07	0,87	0,323
Integral#	3,24		0,80		3,15		0,59		2,39		0,84	
<b>Reprovação</b>												
Nunca#	3,24		0,82		3,14		0,62		2,42		0,86	
<=2 vezes	3,21	0,03	0,72	0,477	3,19	-0,05	0,56	0,327	2,36	0,06	0,78	0,507
>=3 vezes	3,21	0,03	0,83		3,20	-0,06	0,66		2,51	-0,09	0,89	
<b>Satisfação com o curso</b>												
Não#	3,26	0,10	0,78	0,191	3,18	0,05	0,60	0,274	2,42	-0,00	0,84	0,993
Sim	3,17		0,84		3,13		0,62		2,42		0,86	
<b>Estudos Extraclasse</b>												
<=2horas/dia#	3,06		0,85	0,000*	3,05		0,63	0,001*	2,33		0,90	0,023**
>=3horas/dia	3,32	-0,26	0,75		3,22	-0,17	0,59		2,47	-0,14	0,81	

<b>Participação em projetos</b>													
Não#	3,25		0,77	0,417	3,16		0,60	0,967	2,43		0,87	0,696	
Sim	3,16	0,09	0,86		3,15	0,01	0,63		2,40	0,03	0,80		
<b>Mudou-se de cidade para cursar a universidade</b>													
Não#	3,26		0,79	0,375	3,17		0,62	0,461	2,43		0,85	0,760	
Sim	3,20	0,06	0,81		3,14	0,03	0,60		2,41	0,02	0,85		
<b>Pratica Atividade Física</b>													
Não#	3,31		0,74	0,027	3,16		0,60	0,860	2,46		0,83	0,214	
Sim	3,15	0,16	0,84	**	3,16	0,0	0,62		2,38	0,08	0,87		
<b>Consumiu alguma substância alcoólica</b>													
Não#	3,24		0,81	0,631	3,20		0,62	0,080	2,39		0,84	0,507	
Sim	3,22	0,02	0,80		3,13	0,07	0,61	***	2,43	-0,04	0,86		
<b>Usou algum derivado do tabaco</b>													
Não#	3,25		0,80	0,087	3,18		0,60	0,005*	2,44		0,84	0,044**	
Sim	3,11	0,14	0,81	***	2,98	0,20	0,67		2,27	0,17	0,92		
<b>Diagnóstico de Ansiedade</b>													
Improvável#	3,28		0,80		3,18		0,58		2,49		0,85		
Possível	3,26	0,02	0,78	0,256	3,21	-0,03	0,59	0,167	2,44	0,05	0,84	0,277	
Provável	3,17	0,11	0,81		3,10	0,08	0,64		2,36	0,13	0,86		
<b>Diagnóstico de Depressão</b>													
Improvável#	3,26		0,81		3,19		0,61		2,44		0,84		
Possível	3,18	0,08	0,82	0,470	3,08	0,11	0,61	0,030**	2,36	0,08	0,84	0,446	
Provável	3,23	0,03	0,76		3,21	-0,02	0,60		2,46	-0,02	0,88		
<b>Sobreposições de sintomas</b>													
Sem sintomas#	3,27		0,79		3,20		0,57		2,49		0,83		
Somente Ansiedade	3,24	0,03	0,82	0,254	3,17	0,03	0,65	0,895	2,39	0,10	0,85	0,527	
Somente Depressão	3,37	-0,10	0,82		3,08	0,12	0,64		2,46	0,03	1,0		
Ansiedade e Depressão	3,19	0,08	0,79		3,13	0,07	0,60		2,39	0,10	0,85		

Nota: DM – Diferença Média; DP – Desvio Padrão; M – Média.

#Categoria de referência; \* $p$ -valor < 0,01; \*\* $p$ -valor < 0,05; \*\*\* $p$ -valor < 0,10.

Fonte: Elaborada pela autora.

Observou-se que as dimensões de autoeficácia têm relação entre si. O esforço é proporcional a persistência ( $\rho=0,48$ ), bem como a iniciativa é proporcional ao esforço ( $\rho=0,48$ ) e a persistência ( $\rho=0,53$ ). A relação de  *coping*  de aproximação é mediana e proporcional a AE iniciativa ( $\rho=0,34$ ), esforço ( $\rho=0,43$ ) e persistência ( $\rho=0,40$ ), sendo inversamente proporcional a ansiedade ( $\rho=-0,08$ ), depressão ( $\rho=-0,08$ ) e  *coping*  de evitação ( $\rho=-0,36$ ). Já o  *coping*  de evitação é proporcional a ansiedade ( $\rho=0,08$ ) e inversamente proporcional a iniciativa ( $\rho=-0,32$ ), esforço ( $\rho=-0,34$ ), persistência ( $\rho=-0,36$ ) e idade ( $\rho=-0,10$ ). A relação de depressão é mediana e proporcional a ansiedade ( $\rho=0,63$ ), idade ( $\rho=0,12$ ) e número de reprovação ( $\rho=0,13$ ), bem como entre a idade e número de reprovação ( $\rho=0,23$ ) (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlação de *Spearman* ( $\rho$ ) entre as variáveis de autoeficácia, sofrimento psíquico, *coping* e fatores associados dos estudantes do ensino superior – UNEMAT, 2017 e 2018.

	AE Iniciativa	AE Esforço	AE Persistência	Ansiedade	Depressão	Coping Evitação	Coping Aproximação	Idade	Nº de reprovação	Tempo de AF por dia
<b>AE Iniciativa</b>	1									
<b>AE Esforço</b>	0,48*	1								
<b>AE Persistência</b>	0,53*	0,48*	1							
<b>Ansiedade</b>	-0,06	-0,05	-0,06	1						
<b>Depressão</b>	-0,04	-0,03	-0,02	0,63*	1					
<b>Coping Evitação</b>	-0,32*	-0,34*	-0,36*	0,08**	0,04	1				
<b>Coping Aproximação</b>	0,34*	0,43*	0,40*	-0,08**	-0,08***	-0,36*	1			
<b>Idade</b>	0,01	0,05	0,06	-0,01	0,12*	-0,10**	0,00	1		
<b>Nº de reprovação</b>	-0,04	0,05	0,00	0,02	0,13*	0,01	-0,01	0,23*	1	
<b>Tempo (em min.) de AF por dia</b>	-0,01	0,01	0,04	-0,03	0,03	0,02	0,04	0,01	0,00	1

\* $p$ -valor < 0,01; \*\* $p$ -valor < 0,05; \*\*\* $p$ -valor < 0,10.

Fonte: Elaborada pela autora.

### 7.3 Associação dos fatores multidimensionais

De acordo com os objetos de estudo, os fatores que mais contribuíram na dimensão 1 da análise de correspondência múltipla foram os diagnósticos prováveis de depressão (21,32%) e ansiedade (14,45%). Nesta vertente, observa-se que os estudantes que apresentaram diagnósticos prováveis de depressão e ansiedade, que tinham um baixo *coping* de aproximação, alto *coping* de evitação e baixa AE iniciativa, apresentaram uma maior correlação ( $R^2$ ), além de uma melhor qualidade de representação ( $\text{Cos}^2$ ) nesta dimensão. Já na dimensão 2, as maiores contribuições foram da alta percepção de AE iniciativa (18,86%), persistência (18,16%) e esforço (17,55%), sendo que as mesmas variáveis apresentaram uma melhor qualidade de representação e os estudantes que tinham esses altos fatores apresentaram uma melhor correlação nesta dimensão. Dessa forma, nota-se que os fatores da dimensão 1 e 2 estavam associados ao diagnóstico provável de depressão e alta AE iniciativa, respectivamente (Tabela 5).

Observa-se no mapa da análise de correspondência múltipla que os estudantes com diagnóstico provável de depressão, que tinham um alto *coping* de evitação, baixo *coping* de aproximação, baixas percepções das dimensões de autoeficácia, além de alta percepção de AE esforço e persistência, apresentaram uma associação ao diagnóstico provável de ansiedade. Por outro lado, os estudantes com diagnóstico improvável de depressão e que tinham um alto *coping* de evitação, apresentaram uma associação ao diagnóstico improvável de ansiedade, sendo que os estudantes com baixo *coping* de evitação e alta percepção de AE iniciativa situaram-se à intersecção entre os diagnósticos (Figura 4). E os fatores associados ao diagnóstico provável de depressão foram os estudantes que apresentaram diagnóstico provável de ansiedade, que tinham um alto *coping* de evitação e baixo *coping* de aproximação. Em contrapartida, os estudantes com alto *coping* de aproximação, baixo *coping* de evitação, bem como os que tinham uma (alta e baixa) percepção de AE iniciativa, esforço e persistência, apresentaram uma associação ao diagnóstico improvável de depressão (Figura 5).

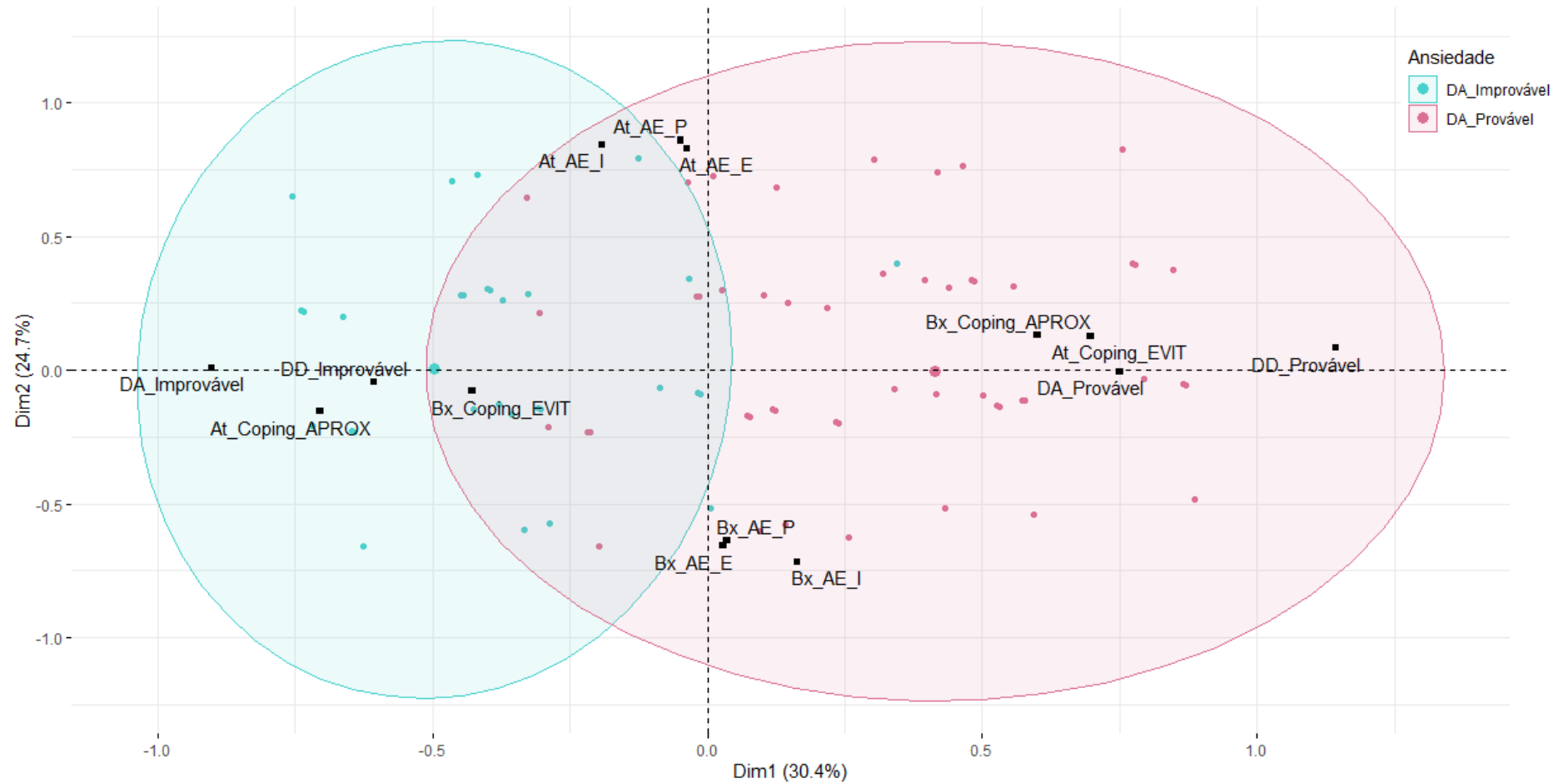
Tabela 5 – Análise de Correspondência Múltipla dos objetos de estudo: sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018.

Variáveis	Coordenadas		Contribuições (%)		Cos <sup>2</sup>		Descrições (R <sup>2</sup> )			
	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	p-valor	2ª Dim.	p-valor
<b>Diagnóstico de Ansiedade</b>							0,677	< 0,01		
DA_Improável	-0,902	0,007	7,37	0,00	0,677	0,000	-0,455			
DA_Provável	0,750	-0,006	14,45	0,00	0,677	0,000	0,455			
<b>Diagnóstico de Depressão</b>							0,694	< 0,01		
DD_Improável	-0,607	-0,607	11,31	0,07	0,694	0,004	-0,482			
DD_Provável	1,144	0,083	21,32	0,14	0,694	0,004	0,482			
<b>Coping Evitação</b>							0,299	< 0,01		
Bx_Coping_EVIT	-0,428	-0,078	5,34	0,22	0,299	0,010	-0,310			
At_Coping_EVIT	0,697	0,128	8,70	0,36	0,299	0,010	0,310			
<b>Coping Aproximação</b>							0,423	< 0,01	0,020	< 0,05
Bx_Coping_APROX	0,600	0,132	9,15	0,54	0,423	0,020	0,360		0,071	
At_Coping_APROX	-0,705	-0,155	10,74	0,64	0,423	0,020	-0,360		-0,071	
<b>Autoeficácia Iniciativa</b>							0,032	< 0,01	0,605	< 0,01
Bx_AE_I	0,164	-0,718	0,68	16,08	0,032	0,605	0,098		-0,388	
At_AE_I	-0,192	0,842	0,80	18,86	0,032	0,605	-0,098		0,388	
<b>Autoeficácia Esforço</b>									0,544	< 0,01
Bx_AE_E	0,029	-0,656	0,02	13,88	0,001	0,544			-0,369	
At_AE_E	-0,036	0,829	0,03	17,55	0,001	0,544			0,369	
<b>Autoeficácia Persistência</b>									0,548	< 0,01
Bx_AE_P	0,036	-0,638	0,03	13,50	0,002	0,548			-0,372	
At_AE_P	-0,048	0,859	0,05	18,16	0,002	0,548			0,372	

Nota: Cos<sup>2</sup> – Cosseno ao quadrado; R<sup>2</sup> – Correlação ao quadrado.

Fonte: Elaborada pela autora.

**Figura 4 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre os objetos de estudo sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de ansiedade. UNEMAT, 2017-2018.**

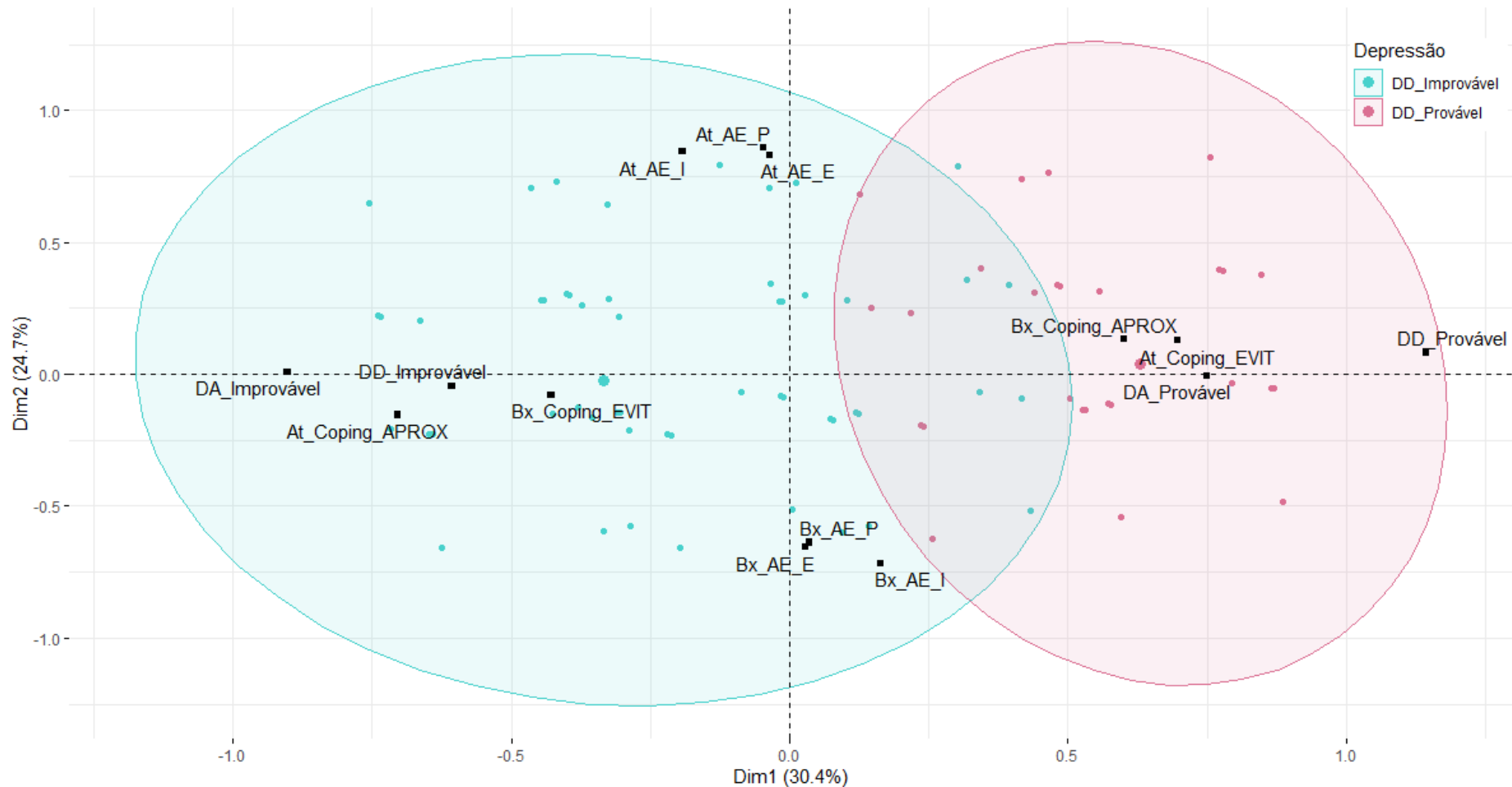


Nota: DA – Diagnóstico de Ansiedade; DD – Diagnóstico de Depressão; (At/Bx)\_AE\_I – (Alta/Baixa) Autoeficácia Iniciativa; (At/Bx)\_AE\_E – (Alta/Baixa) Autoeficácia Esforço; (At/Bx)\_AE\_P – Alta Autoeficácia Persistência; (At/Bx)\_Coping\_APROX – (Alto/Baixo) *Coping* de Aproximação; (At/Bx)\_Coping\_EVIT – (Alto/Baixo) *Coping* de Evitação.

Fonte: Elaborada pela autora.



**Figura 5 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre os objetos de estudo sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de depressão. UNEMAT, 2017-2018.**



Nota: DD – Diagnóstico de Depressão; DA – Diagnóstico de Ansiedade; (At/Bx)\_AE\_I – (Alta/Baixa) Autoeficácia Iniciativa; (At/Bx)\_AE\_E – (Alta/Baixa) Autoeficácia Esforço; (At/Bx)\_AE\_P – Alta Autoeficácia Persistência; (At/Bx)\_Coping\_APROX – (Alto/Baixo) Coping de Aproximação; (At/Bx)\_Coping\_EVIT – (Alto/Baixo) Coping de Evitação.

Fonte: Elaborada pela autora.

Em ambos os mapas perceptuais (Figura 4 e 5), observa-se uma realocação dos objetos de estudo em quatro subgrupos: 1) estudantes que apresentaram diagnóstico improvável de ansiedade e depressão, alto *coping* de aproximação e baixo *coping* de evitação; 2) diagnóstico provável de ansiedade e depressão, alto *coping* de evitação e baixo *coping* de aproximação; 3) estudantes com altas percepções de AE em todas as dimensões e 4) baixas percepções de AE, enfatizando assim a associação entre as categorias de cada subgrupo.

Na dimensão 1, os fatores das características dos estudantes que mais contribuíram para a análise de correspondência múltipla foram a faixa etária de 30 anos acima (21,56), ter filhos (18,66), estado civil casado ou em união estável (14,91) e possuir graduação prévia (12,08). E as variáveis e categorias que apresentaram uma melhor qualidade de representação foram a faixa etária de 30 anos acima (0,604), ter (sim/não) filhos (0,538), estado civil (0,435), faixa etária de 17 a 23 anos (0,356), graduação prévia (0,323), mudança de cidade para cursar a universidade (0,273) e trabalho (0,100), dentre outras(os). Desta forma, observa-se que os estudantes na faixa etária de 30 anos acima, que tinham filhos, estavam casados ou em união estável, possuíam uma graduação prévia, não precisaram mudar de cidade para cursar a universidade, trabalhavam, que apresentaram diagnóstico improvável de ansiedade, se autodeclararam pertencer a raça não branca, tinham alto *coping* de aproximação e alta AE persistência apresentaram uma maior correlação, sendo que os fatores nesta dimensão estão associados aos estudantes com 30 anos acima (Tabela 6).

Já na dimensão 2, as maiores contribuições foram o diagnóstico provável de depressão (20,17%), improvável de ansiedade (15,18%), seguido pelo diagnóstico provável (12,57%). Os estudantes com diagnósticos prováveis de depressão e ansiedade, que tinham um baixo *coping* de aproximação, alto *coping* de evitação, eram do sexo feminino, tinham filhos e estavam casadas ou em união estável, apresentaram uma maior correlação, além de uma melhor qualidade de representação ( $\text{Cos}^2$ ) nesta dimensão. Assim, observa-se que os fatores da dimensão 2 estão associados ao diagnóstico provável de depressão (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise de Correspondência Múltipla das características do estudante, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018.

Variáveis	Coordenadas		Contribuições (%)		Cos <sup>2</sup>		Descrições (R <sup>2</sup> )			
	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	p-valor	2ª Dim.	p-valor
<b>Idade</b>							0,660	< 0,01	0,107	< 0,01
17-23 anos	-0,418	-0,213	4,76	1,38	0,365	0,095	-0,432		-0,153	
24-29 anos	0,174	0,588	0,26	3,27	0,008	0,092			0,155	
>=30 anos	2,174	0,180	21,56	0,17	0,604	0,004	0,623			
<b>Sexo</b>									0,110	< 0,01
MASC.	0,075	-0,577	0,06	3,72	0,002	0,110			-0,148	
FEM.	-0,025	0,191	0,02	1,24	0,002	0,110			0,148	
<b>Raça</b>							0,040	< 0,01		
Raça_NB	0,149	-0,036	0,6	0,04	0,040	0,002	0,085			
Raça_B	-0,266	0,064	1,03	0,07	0,040	0,002	-0,085			
<b>Estado civil</b>							0,435	< 0,01	0,032	< 0,01
S_S	-0,276	-0,075	2,61	0,22	0,435	0,032	-0,377		-0,097	
C_UE	1,577	0,429	14,91	1,23	0,435	0,032	0,377		0,097	
<b>Filho</b>							0,538	< 0,01	0,066	< 0,01
F_Não	-0,295	-0,103	3,02	0,41	0,538	0,066	-0,431		-0,143	
F_Sim	1,825	0,639	18,66	2,55	0,538	0,066	0,431		0,143	
<b>Mudança de cidade para cursar a universidade</b>							0,273	< 0,01		
MC_Não	0,617	-0,015	6,41	0,00	0,273	0,000	0,216			
MC_Sim	-0,442	0,011	4,59	0,00	0,273	0,000	-0,216			
<b>Trabalha</b>							0,100	< 0,01		
T_Não	-0,193	0,025	1,09	0,02	0,100	0,002	-0,145			
T_Sim	0,517	-0,066	2,93	0,05	0,100	0,002	0,145			
<b>Graduação prévia</b>							0,323	< 0,01		
GP_Não	-0,157	0,015	0,97	0,01	0,323	0,003	-0,450			
GP_Sim	2,053	-0,194	12,08	0,12	0,323	0,003	0,450			
<b>Diagnóstico de Ansiedade</b>							0,044	< 0,01	0,618	< 0,01
DA_Improvável	0,231	-0,863	0,97	15,18	0,044	0,618	0,086		-0,304	
DA_Provável	-0,191	0,715	0,80	12,57	0,044	0,618	-0,086		0,304	
<b>Diagnóstico de Depressão</b>									0,690	< 0,01
DD_Improvável	0,047	-0,609	0,06	10,84	0,004	0,690			-0,336	
DD_Provável	-0,088	1,133	0,11	20,17	0,004	0,690			0,336	

(continuação da Tabela 6)

Variáveis	Coordenadas		Contribuições (%)		Cos <sup>2</sup>		Descrições (R <sup>2</sup> )			
	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	p-valor	2ª Dim.	p-valor
<b>Coping Evitação</b>									0,248	< 0,01
Bx_Coping_EVIT	0,063	-0,392	0,10	4,26	0,006	0,248			-0,198	
At_Coping_EVIT	-0,102	0,634	0,16	6,89	0,006	0,248			0,198	
<b>Coping Aproximação</b>							0,034	< 0,01	0,332	< 0,01
Bx_Coping_APROX	-0,173	0,539	0,64	6,96	0,034	0,332	-0,075		0,223	
At_Coping_APROX	0,198	-0,617	0,74	7,97	0,034	0,332	0,075		-0,223	
<b>Autoeficácia Iniciativa</b>										
Bx_AE_I	-0,017	0,099	0,01	0,24	0,000	0,011				
At_AE_I	0,020	-0,116	0,01	0,28	0,000	0,011				
<b>Autoeficácia Esforço</b>										
Bx_AE_E	-0,055	-0,034	0,07	0,03	0,004	0,001				
At_AE_E	0,068	0,042	0,08	0,03	0,004	0,001				
<b>Autoeficácia Persistência</b>							0,019	< 0,05		
Bx_AE_P	-0,119	-0,036	0,33	0,03	0,019	0,002	-0,057			
At_AE_P	0,164	0,049	0,45	0,05	0,019	0,002	0,057			

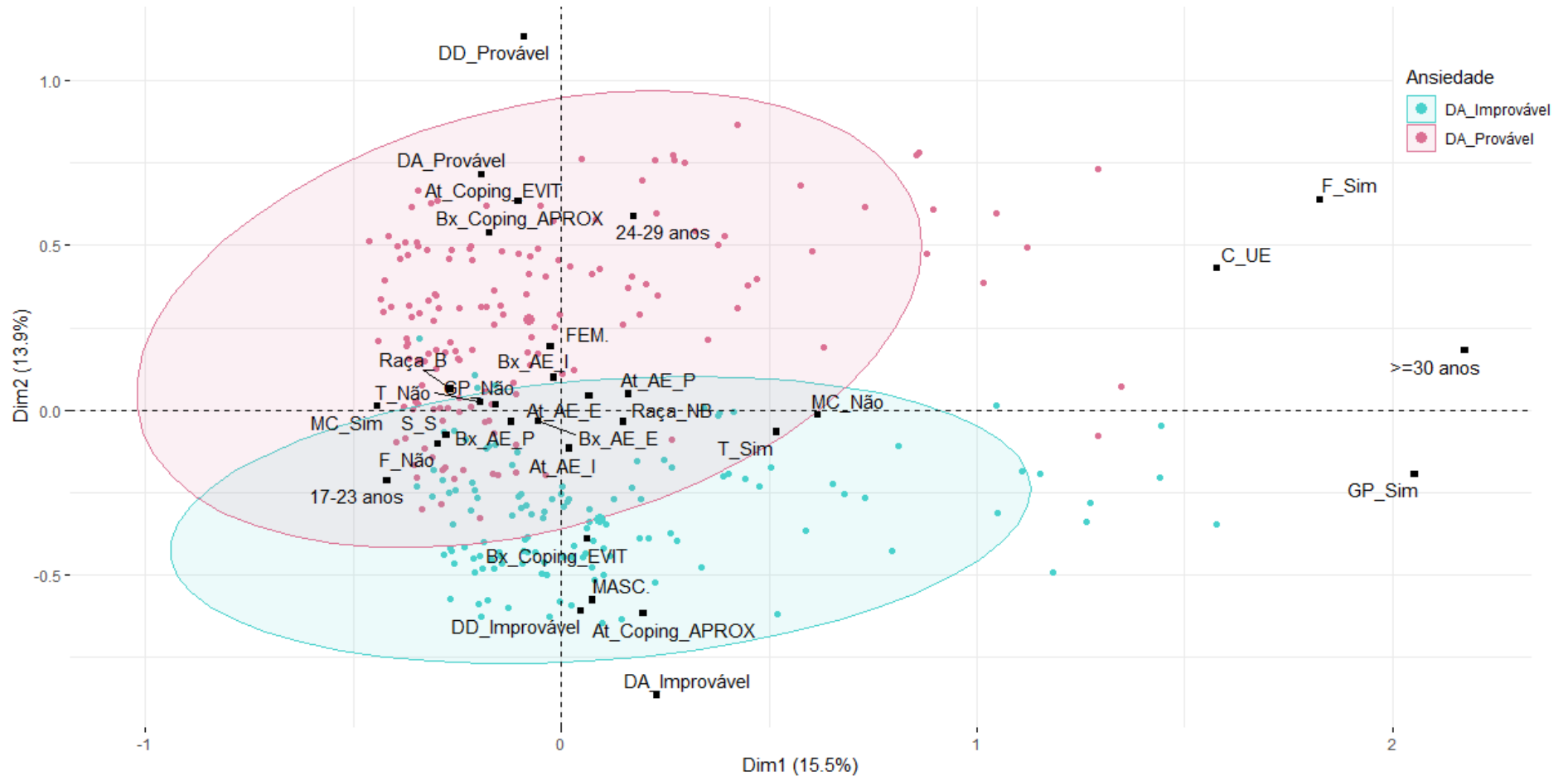
Nota: Cos<sup>2</sup> – Cosseno ao quadrado; R<sup>2</sup> – Correlação ao quadrado.

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com as características do estudante, os fatores associados ao diagnóstico provável de ansiedade foram os estudantes na faixa etária de 24 a 29 anos, sexo feminino, que se autodeclararam pertencer a raça branca, precisaram mudar de cidade para cursar a universidade, que apresentaram ter um alto *coping* de evitação, baixo *coping* de aproximação e baixa AE iniciativa. E os fatores associados ao diagnóstico improvável de ansiedade foram os estudantes do sexo masculino, que não precisaram mudar de cidade para cursar a universidade e que apresentaram um diagnóstico improvável para depressão, além de um baixo *coping* de evitação e alto *coping* de aproximação. Observa-se que os estudantes na faixa etária de 17 a 23 anos, solteiro ou separado, que se autodeclararam pertencer a raça não branca, que não possuíam graduação prévia, não tinham filhos, trabalhavam (sim e não), que tinham uma alta e baixa AE esforço e persistência, bem como uma alta iniciativa, se apresentaram na intersecção entre os diagnósticos (Figura 6).

E os fatores associados ao diagnóstico provável de depressão foram os estudantes na faixa etária de 24 a 29 anos, que apresentaram um diagnóstico provável de ansiedade, alto *coping* de evitação e baixo *coping* de aproximação. E os fatores associados ao diagnóstico improvável de depressão foram os estudantes na faixa etária de 17 a 23 anos, sexo masculino, que se autodeclararam pertencer a raça não branca, solteiro ou separado, que não tinham filhos, trabalhavam, que não precisaram mudar de cidade para cursar a universidade, que apresentaram um baixo *coping* de evitação e alto *coping* de aproximação, além da alta AE iniciativa e persistência e baixa persistência e esforço. Observa-se que estudantes do sexo feminino, pertencentes a raça branca, que não possuíam graduação prévia, não trabalhavam e que tinham uma maior percepção de AE esforço e baixa iniciativa, se apresentaram na intersecção entre os diagnósticos (Figura 7). Mas conforme a tabela 6, estudantes do sexo feminino apresentaram uma correlação proporcional com o diagnóstico provável de depressão, e os estudantes que estavam casados ou em união estável e tinham filhos (que se apresentaram na extremidade do mapa), também estavam correlacionados com o diagnóstico.

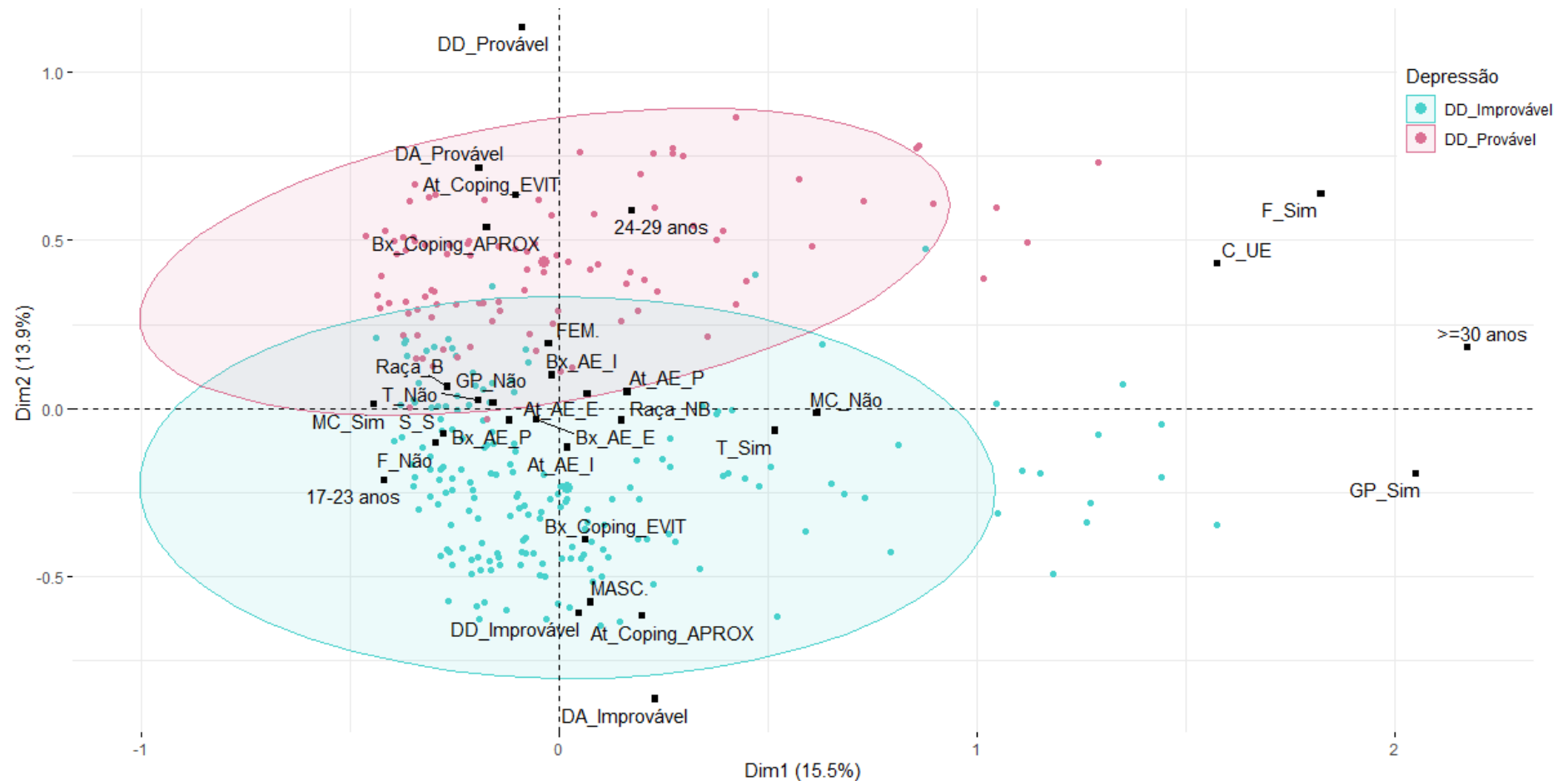
**Figura 6 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre as características dos estudantes, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de ansiedade. UNEMAT, 2017-2018.**



Nota: DA – Diagnóstico de Ansiedade; DD – Diagnóstico de Depressão; (At/Bx)\_AE\_I – (Alta/Baixa) Autoeficácia Iniciativa; (At/Bx)\_AE\_E – (Alta/Baixa) Autoeficácia Esforço; (At/Bx)\_AE\_P – Alta Autoeficácia Persistência; (At/Bx)\_Coping\_APROX – (Alto/Baixo) *Coping* de Aproximação; (At/Bx)\_Coping\_EVIT – (Alto/Baixo) *Coping* de Evitação; FEM. – (sexo) Feminino; MASC. – (sexo) Masculino; MC – Mudança de cidade para cursar a universidade (Sim/Não); F – (possui) Filho (Sim/Não); Raça\_B – Raça Branca; Raça\_NB – Raça Não Branca; GP – (possui) Graduação Prévia; C\_UE – Casado/União Estável; S\_S – Solteiro/Separado.

Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 7 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre as características dos estudantes, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de depressão. UNEMAT, 2017-2018.



Nota: DD – Diagnóstico de Depressão; DA – Diagnóstico de Ansiedade; (At/Bx)\_AE\_I – (Alta/Baixa) Autoeficácia Iniciativa; (At/Bx)\_AE\_E – (Alta/Baixa) Autoeficácia Esforço; (At/Bx)\_AE\_P – Alta Autoeficácia Persistência; (At/Bx)\_Coping\_APROX – (Alto/Baixo) *Coping* de Aproximação; (At/Bx)\_Coping\_EVIT – (Alto/Baixo) *Coping* de Evitação; FEM. – (sexo) Feminino; MASC. – (sexo) Masculino; MC – Mudança de cidade para cursar a universidade (Sim/Não); F – (possui) Filho (Sim/Não); Raça\_B – Raça Branca; Raça\_NB – Raça Não Branca; GP – (possui) Graduação Prévia; C\_UE – Casado/União Estável; S\_S – Solteiro/Separado.

Fonte: Elaborada pela autora.

Os fatores das características do curso que mais contribuíram na dimensão 1 foram os diagnósticos prováveis de depressão (20,76%), improvável (15,47%) e provável de ansiedade (12,86%). E as variáveis que apresentaram uma melhor qualidade de representação foram os diagnósticos de depressão (0,695), ansiedade (0,619), *coping* de aproximação (0,410) e *coping* de evitação (0,281). Na descrição das variáveis ( $R^2$ ), observa-se que os estudantes com diagnósticos prováveis de depressão, que tinham sintomas sugestivos de ansiedade, baixo *coping* de aproximação, alto *coping* de evitação, que frequentavam campus fora de Cáceres, e que não eram de cursos da área da saúde, estavam na fase final do curso, estudavam em período que não eram integral (matutino, vespertino ou noturno) e tinham baixa autoeficácia iniciativa, apresentaram maior correlação positiva nesta dimensão.

E na 2ª dimensão, as maiores contribuições foram a alta AE iniciativa (15,16%) e persistência (14,77%), baixa iniciativa (12,92%) e alta esforço (12,23%), sendo que as respectivas variáveis desses fatores apresentaram uma melhor qualidade de representação ( $\text{Cos}^2$ ). Dessa forma, os estudantes com alta AE iniciativa, persistência e esforço, que frequentavam cursos que não eram da área da saúde, que estudavam em período não integral, e em outros campus e que apresentaram um diagnóstico improvável de ansiedade, além de não estudar a primeira escolha do curso, apresentaram correlação nesta dimensão. Dessa forma, nota-se que os fatores da dimensão 1 e 2 estavam associados ao diagnóstico provável de depressão e alta AE iniciativa, respectivamente (Tabela 7).

De acordo com as características acadêmicas, os fatores associados ao diagnóstico provável de ansiedade foram os estudantes que cursavam em outros campus fora o de Cáceres, e em outras áreas que não eram da saúde, não sendo a primeira escolha do curso, estudavam em um único período (matutino, vespertino ou noturno), estavam na fase final do curso, que apresentavam alto *coping* de evitação, baixo *coping* de aproximação, além das baixas AE iniciativa, esforço e persistência. E os fatores associados ao diagnóstico improvável de ansiedade foram os estudantes que também apresentaram sintomas improváveis de depressão, alto *coping* de aproximação e alta AE iniciativa. Observa-se que os estudantes do campus Cáceres, que estavam vinculados aos cursos da área da saúde, que cursava a primeira escolha do curso, estudava em período integral, estava na fase inicial ou intermediária do curso, e que tinham um baixo *coping* de evitação e alta AE esforço se apresentaram na intersecção entre os diagnósticos (Figura 8).



Tabela 7 – Análise de Correspondência Múltipla das características acadêmicas, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018.

Variáveis	Coordenadas		Contribuições (%)		Cos <sup>2</sup>		Descrições (R <sup>2</sup> )			
	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	p-valor	2ª Dim.	p-valor
<b>Curso</b>							0,069	< 0,01	0,179	< 0,01
O_Cursos	0,347	0,557	2,01	6,28	0,069	0,179	0,117		0,170	
C_Saúde	-0,199	-0,320	1,15	3,61	0,069	0,179	-0,117		-0,170	
<b>Campi</b>							0,053	< 0,01	0,047	< 0,01
O_Campus	0,605	0,573	2,11	2,29	0,053	0,047	0,148		0,127	
C_Cáceres	-0,087	-0,083	0,30	0,33	0,053	0,047	-0,148		-0,127	
<b>Período</b>							0,013	< 0,05	0,159	< 0,01
P_Mat_Vesp_Not	0,135	0,465	0,35	5,06	0,013	0,159	0,050		0,156	
P_Integral	-0,099	-0,341	0,26	3,72	0,013	0,159	-0,050		-0,156	
<b>Fase</b>							0,023	< 0,05		
F_Inicial	-0,107	0,063	0,24	0,10	0,010	0,003				
F_Intermediária	-0,034	0,085	0,02	0,13	0,001	0,004				
F_Final	0,295	-0,005	0,82	0,00	0,022	0,000	0,104			
<b>Curso atual como 1ª escolha</b>									0,012	< 0,05
1EC_Não	0,120	0,147	0,24	0,44	0,008	0,012			0,045	
1EC_Sim	-0,068	-0,084	0,13	0,25	0,008	0,012			-0,045	
<b>Diagnóstico de Ansiedade</b>							0,619	< 0,01	0,032	< 0,01
DA_Improável	-0,863	0,195	15,47	0,96	0,619	0,032	-0,337		0,069	
DA_Provável	0,718	-0,162	12,86	0,79	0,619	0,032	0,337		-0,069	
<b>Diagnóstico de Depressão</b>							0,695	< 0,01		
DD_Improável	-0,607	0,050	11,01	0,09	0,695	0,005	-0,374			
DD_Provável	1,144	-0,095	20,76	0,17	0,695	0,005	0,374			
<b>Coping Evitação</b>							0,281	< 0,01		
Bx_Coping_EVIT	-0,415	-0,013	4,89	0,01	0,281	0,000	-0,233			
At_Coping_EVIT	0,676	0,021	7,96	0,01	0,281	0,000	0,233			
<b>Coping Aproximação</b>							0,410	< 0,01		
Bx_Coping_APROX	0,591	0,011	8,63	0,00	0,410	0,000	0,274			
At_Coping_APROX	-0,694	-0,013	10,17	0,00	0,410	0,000	-0,274			

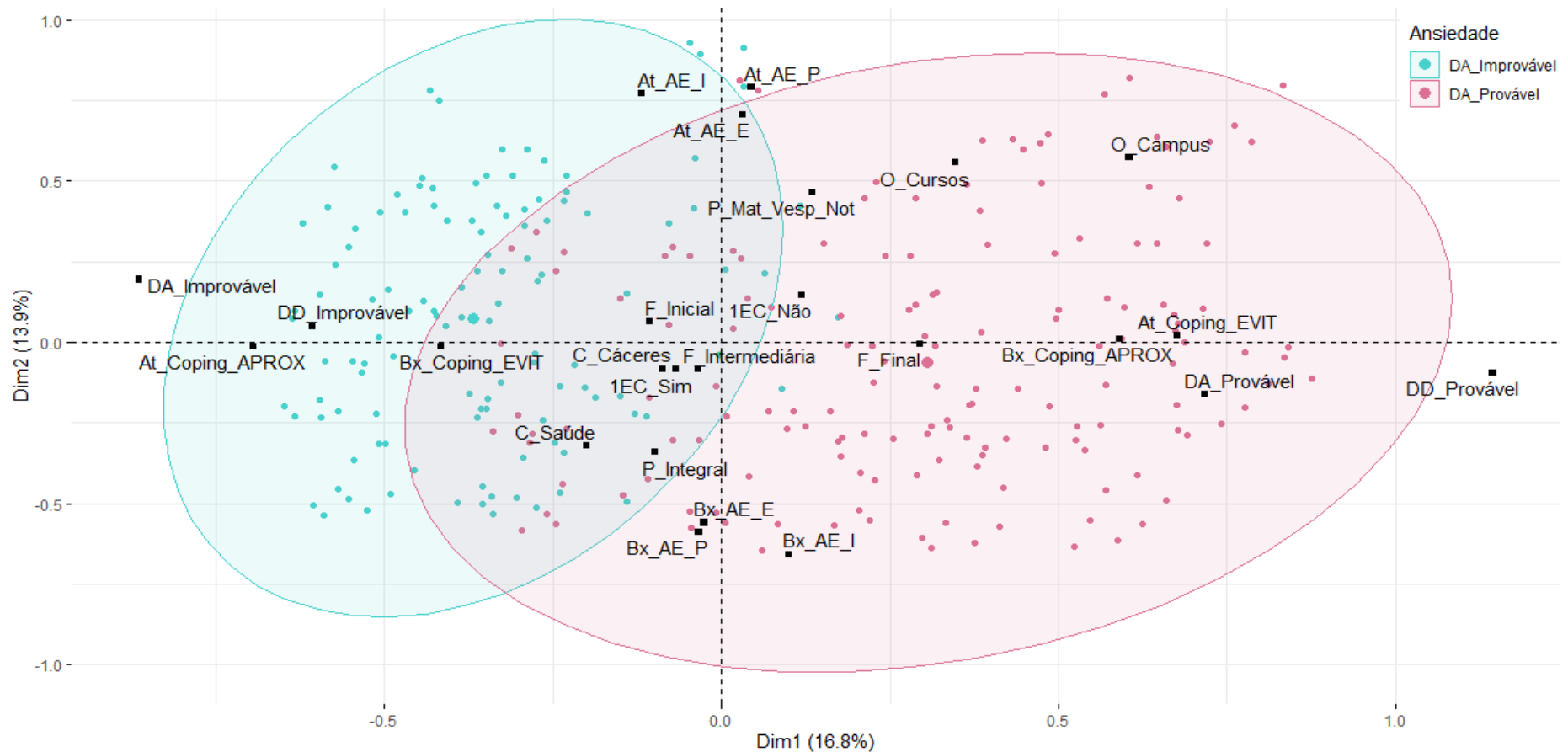
(continuação da Tabela 7)

Variáveis	Coordenadas		Contribuições (%)		Cos <sup>2</sup>		Descrições (R <sup>2</sup> )			
	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	p-valor	2ª Dim.	p-valor
<b>Autoeficácia Iniciativa</b>							0,012	< 0,05	0,507	< 0,01
Bx_AE_I	0,101	-0,657	0,25	12,92	0,012	0,507	0,047		-0,277	
At_AE_I	-0,118	0,771	0,29	15,16	0,012	0,507	-0,047		0,277	
<b>Autoeficácia Esforço</b>									0,396	< 0,01
Bx_AE_E	-0,026	-0,560	0,02	9,68	0,001	0,396			-0,246	
At_AE_E	0,032	0,707	0,02	12,23	0,001	0,396			0,246	
<b>Autoeficácia Persistência</b>									0,465	< 0,01
Bx_AE_P	-0,033	-0,588	0,03	10,98	0,001	0,465			-0,267	
At_AE_P	0,045	0,791	0,04	14,77	0,001	0,465			0,267	

Nota: Cos<sup>2</sup> – Cosseno ao quadrado; R<sup>2</sup> – Correlação ao quadrado.

Fonte: Elaborada pela autora.

**Figura 8 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre as características do curso, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de ansiedade. UNEMAT, 2017-2018.**



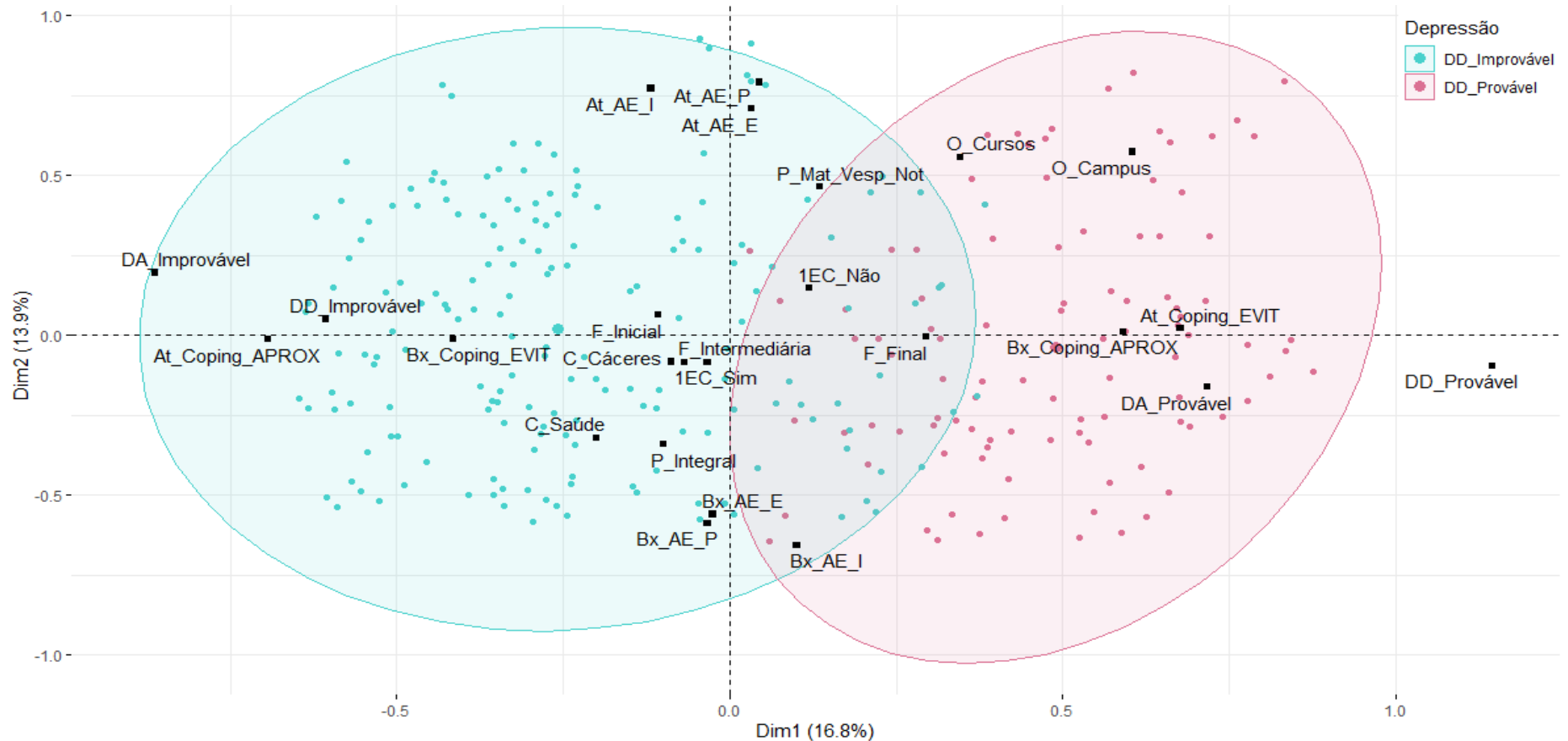
Nota: DA – Diagnóstico de Ansiedade; DD – Diagnóstico de Depressão; (At/Bx)\_AE\_I – (Alta/Baixa) Autoeficácia Iniciativa; (At/Bx)\_AE\_E – (Alta/Baixa) Autoeficácia Esforço; (At/Bx)\_AE\_P – Alta Autoeficácia Persistência; (At/Bx)\_Coping\_APROX – (Alto/Baixo) *Coping* de Aproximação; (At/Bx)\_Coping\_EVIT – (Alto/Baixo) *Coping* de Evitação; C\_Cáceres – Campus Cáceres; O\_Campus – Outros Campus; C\_Saúde – Cursos da Saúde; O\_Cursos – Outros cursos que não são da área da saúde; F\_Inicial – Fase Inicial (1° ao 4° semestre), F\_Intermediária – Fase Intermediária (5° ao 7° semestre); F\_Final – Fase Final ( $\geq 8^\circ$  semestre); 1EC – Cursando a 1° Escolha do Curso (Sim/Não); P\_Mat\_Vesp\_Not – Período Matutino, Vespertino ou Noturno; P\_Integral – Período Integral.

Fonte: Elaborada pela autora.

E os fatores associados ao diagnóstico provável de depressão foram os estudantes que estudavam em outros campus fora o de Cáceres e em outras áreas que não eram da saúde, que apresentaram um diagnóstico provável de ansiedade e tinham um alto *coping* de evitação e baixo *coping* de aproximação. Já os estudantes do campus de Cáceres, da área da saúde, que cursavam a primeira escolha, estavam na fase inicial ou intermediária do curso, estudavam no período integral ou em outros períodos, que apresentaram um diagnóstico improvável de ansiedade, tinham um alto *coping* de aproximação, baixo *coping* de evitação, alta AE em todas as dimensões ou tinham uma baixa AE esforço e persistência, apresentaram uma associação com o diagnóstico improvável de depressão. E observa-se que os estudantes que estavam na fase final, que não cursam a primeira escolha do curso e tinham baixa percepção de AE iniciativa situaram-se na intersecção entre os diagnósticos (Figura 9), mas conforme a tabela 7, os que estavam na fase final do curso e tinham uma baixa iniciativa, apresentaram correlação proporcional ao diagnóstico provável de depressão.

De acordo com o desempenho e contentamento dos estudantes, os fatores que mais contribuíram na dimensão 1 foram os diagnósticos prováveis de depressão (19,66%), improvável (14,96%) e provável de ansiedade (12,44%). E as variáveis que apresentaram uma melhor qualidade de representação foram os diagnósticos de depressão (0,686), ansiedade (0,624), *coping* de aproximação (0,414), *coping* de evitação (0,282) e satisfação com curso (0,221). Assim, observa-se que os estudantes que apresentaram diagnósticos prováveis de depressão, ansiedade, baixo *coping* de aproximação, alto *coping* de evitação, que não estavam satisfeitos com o curso, reprovaram 3 vezes ou mais e que tinham uma baixa AE iniciativa, apresentaram correlação com esta dimensão. E na 2ª dimensão, as maiores contribuições foram das altas AE iniciativa (18,54%), persistência (18,15%) e esforço (16,91%), sendo que as respectivas variáveis desses fatores apresentaram uma melhor qualidade de representação ( $\text{Cos}^2$ ). Dessa forma, os estudantes que tinham uma alta AE iniciativa, persistência e esforço, e que reprovaram 3 vezes ou mais, apresentaram correlação com esta dimensão. Dessa forma, nota-se que os fatores da dimensão 1 e 2 estavam associados ao diagnóstico provável de depressão e alta AE iniciativa, respectivamente (Tabela 8).

**Figura 9 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre as características do curso, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de depressão. UNEMAT, 2017-2018.**



Nota: DD – Diagnóstico de Depressão; DA – Diagnóstico de Ansiedade; (At/Bx)\_AE\_I – (Alta/Baixa) Autoeficácia Iniciativa; (At/Bx)\_AE\_E – (Alta/Baixa) Autoeficácia Esforço; (At/Bx)\_AE\_P – Alta Autoeficácia Persistência; (At/Bx)\_Coping\_APROX – (Alto/Baixo) *Coping* de Aproximação; (At/Bx)\_Coping\_EVIT – (Alto/Baixo) *Coping* de Evitação; C\_Cáceres – Campus Cáceres; O\_Campus – Outros Campus; C\_Saúde – Cursos da Saúde; O\_Cursos – Outros cursos que não são da área da saúde; F\_Inicial – Fase Inicial (1° ao 4° semestre), F\_Intermediária – Fase Intermediária (5° ao 7° semestre); F\_Final – Fase Final ( $\geq 8^{\circ}$  semestre); 1EC – Cursando a 1° Escolha do Curso (Sim/Não); P\_Mat\_Vesp\_Not – Período Matutino, Vespertino ou Noturno; P\_Integral – Período Integral.

Fonte: Elaborada pela autora.

**Tabela 8 – Análise de Correspondência Múltipla relacionado ao desempenho e contentamento dos estudantes, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018.**

Variáveis	Coordenadas		Contribuições (%)		Cos <sup>2</sup>		Descrições (R <sup>2</sup> )			
	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	p-valor	2ª Dim.	p-valor
<b>Reprovação</b>							0,037	< 0,01	0,047	< 0,01
R_Nunca	-0,092	-0,072	0,25	0,19	0,017	0,010	-0,124	< 0,05		
R<=2x	0,013	-0,086	0,00	0,10	0,000	0,002				
R>=3x	0,542	0,626	1,38	2,40	0,035	0,047	0,195	< 0,01	0,208	
<b>Satisfação com o Curso</b>							0,221	< 0,01		
SC_Sim	-0,589	-0,054	5,92	0,06	0,221	0,002	-0,243	< 0,01		
SC_Não	0,376	0,034	3,78	0,04	0,221	0,002	0,243			
<b>Diagnóstico de Ansiedade</b>							0,624	< 0,01		
DA_Improvável	-0,867	0,089	14,96	0,21	0,624	0,007	-0,399			
DA_Provável	0,721	-0,074	12,44	0,17	0,624	0,007	0,399			
<b>Diagnóstico de Depressão</b>							0,686	< 0,01		
DD_Improvável	-0,603	0,003	10,43	0,00	0,686	0,000	-0,438			
DD_Provável	1,137	-0,005	19,66	0,00	0,686	0,000	0,438			
<b>Coping Evitação</b>							0,282	< 0,01		
Bx_Coping_EVIT	-0,416	-0,047	4,71	0,08	0,282	0,004	-0,275			
At_Coping_EVIT	0,678	0,076	7,67	0,12	0,282	0,004	0,275			
<b>Coping Aproximação</b>							0,414	< 0,01		
Bx_Coping_APROX	0,594	0,072	8,35	0,16	0,414	0,006	0,325			
At_Coping_APROX	-0,697	-0,085	9,80	0,19	0,414	0,006	-0,325			
<b>Autoeficácia Iniciativa</b>							0,014	< 0,05	0,603	< 0,01
Bx_AE_I	0,111	-0,717	0,29	15,81	0,014	0,603	0,061		-0,344	
At_AE_I	-0,130	0,841	0,34	18,54	0,014	0,603	-0,061		0,344	
<b>Autoeficácia Esforço</b>									0,532	< 0,01
Bx_AE_E	-0,010	-0,649	0,00	13,38	0,000	0,532			-0,324	
At_AE_E	0,012	0,820	0,00	16,91	0,000	0,532			0,324	
<b>Autoeficácia Persistência</b>									0,555	< 0,01
Bx_AE_P	-0,012	-0,642	0,00	13,49	0,000	0,555			-0,333	
At_AE_P	0,016	0,864	0,00	18,15	0,000	0,555			0,333	

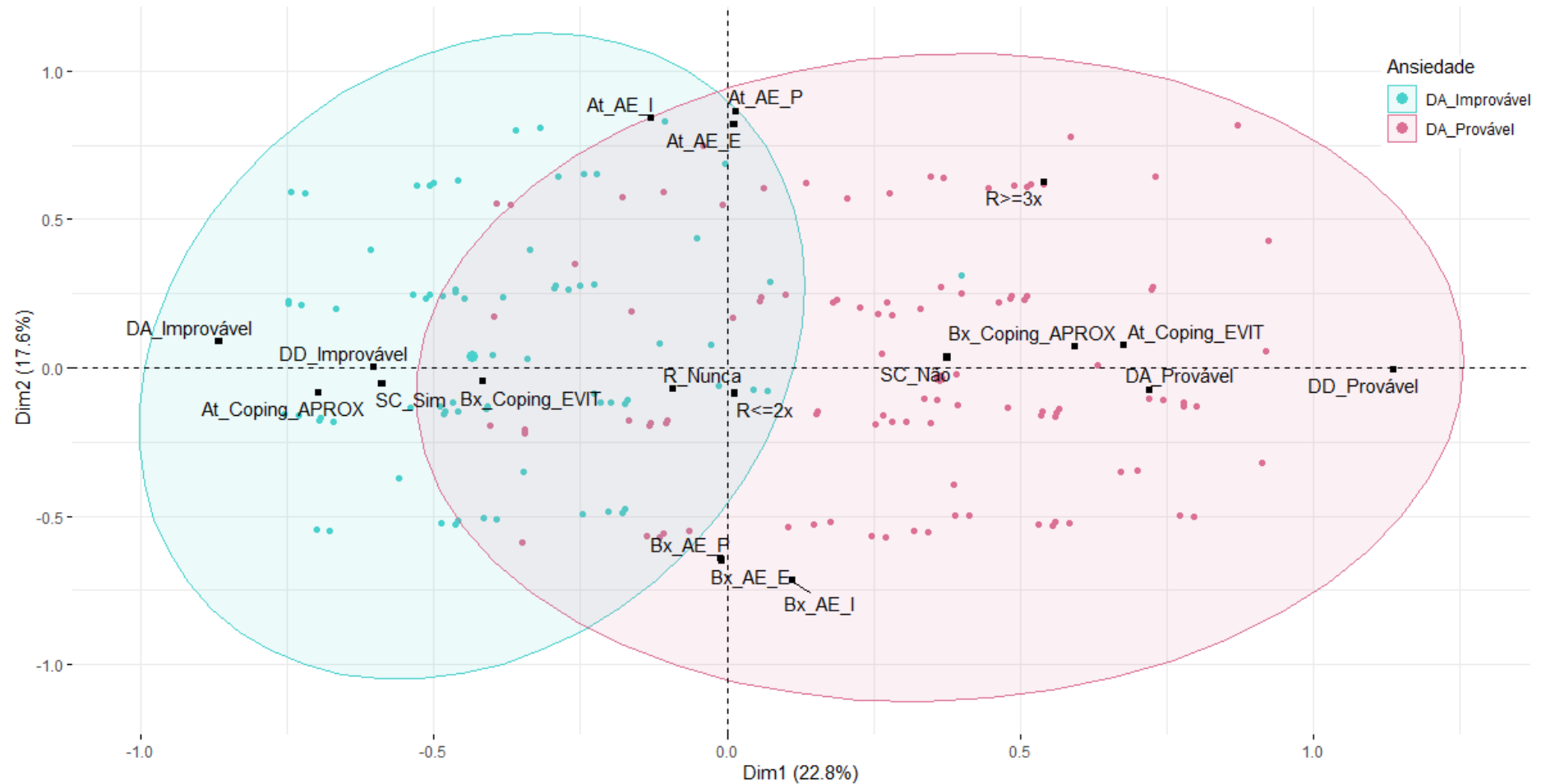
Nota: Cos<sup>2</sup> – Cosseno ao quadrado; R<sup>2</sup> – Correlação ao quadrado.

Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme o mapa da análise de correspondência múltipla (Figura 10), os estudantes que não estavam satisfeitos com o curso, que reprovaram 3 vezes ou mais, que apresentaram sintomas sugestivos de depressão, tinham baixo *coping* de aproximação, alto *coping* de evitação e uma baixa AE em todas as dimensões, apresentaram associação ao diagnóstico provável de ansiedade. E os estudantes que estavam satisfeitos com o curso, que apresentaram sintomas improvável para depressão e que tinham um alto *coping* de aproximação, apresentaram associação ao diagnóstico improvável de ansiedade. Observa-se que os estudantes que nunca ou reprovaram 2 vezes ou menos, que tinham um baixo *coping* de evitação e uma alta AE em todas as dimensões, situaram-se na intersecção entre os diagnósticos, porém os que nunca reprovaram, tinham uma alta percepção de AE iniciativa e baixo *coping* de evitação influenciou-se ao diagnóstico improvável de ansiedade.

Os estudantes que reprovaram 3 vezes ou mais na graduação, que tinham um baixo *coping* de aproximação, alto *coping* de evitação e que apresentaram diagnóstico provável de ansiedade, estavam associados ao diagnóstico provável de depressão. Já os estudantes que estavam satisfeitos com o curso, reprovaram 2 vezes ou menos ou nunca reprovaram, que apresentaram diagnóstico improvável de ansiedade, tinham um alto *coping* de evitação, baixo *coping* de aproximação, alta e baixa AE em todas as dimensões, apresentaram associação ao diagnóstico improvável de depressão. E, observa-se que os estudantes que não estavam satisfeitos com o curso situaram-se na intersecção entre os diagnósticos (Figura 11), porém sua qualidade de representação e correlação foi proporcional ao diagnóstico provável de depressão (tabela 8).

**Figura 10 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre o desempenho e contentamento dos estudantes, sofrimento psíquico,  *coping*  e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de ansiedade. UNEMAT, 2017-2018.**

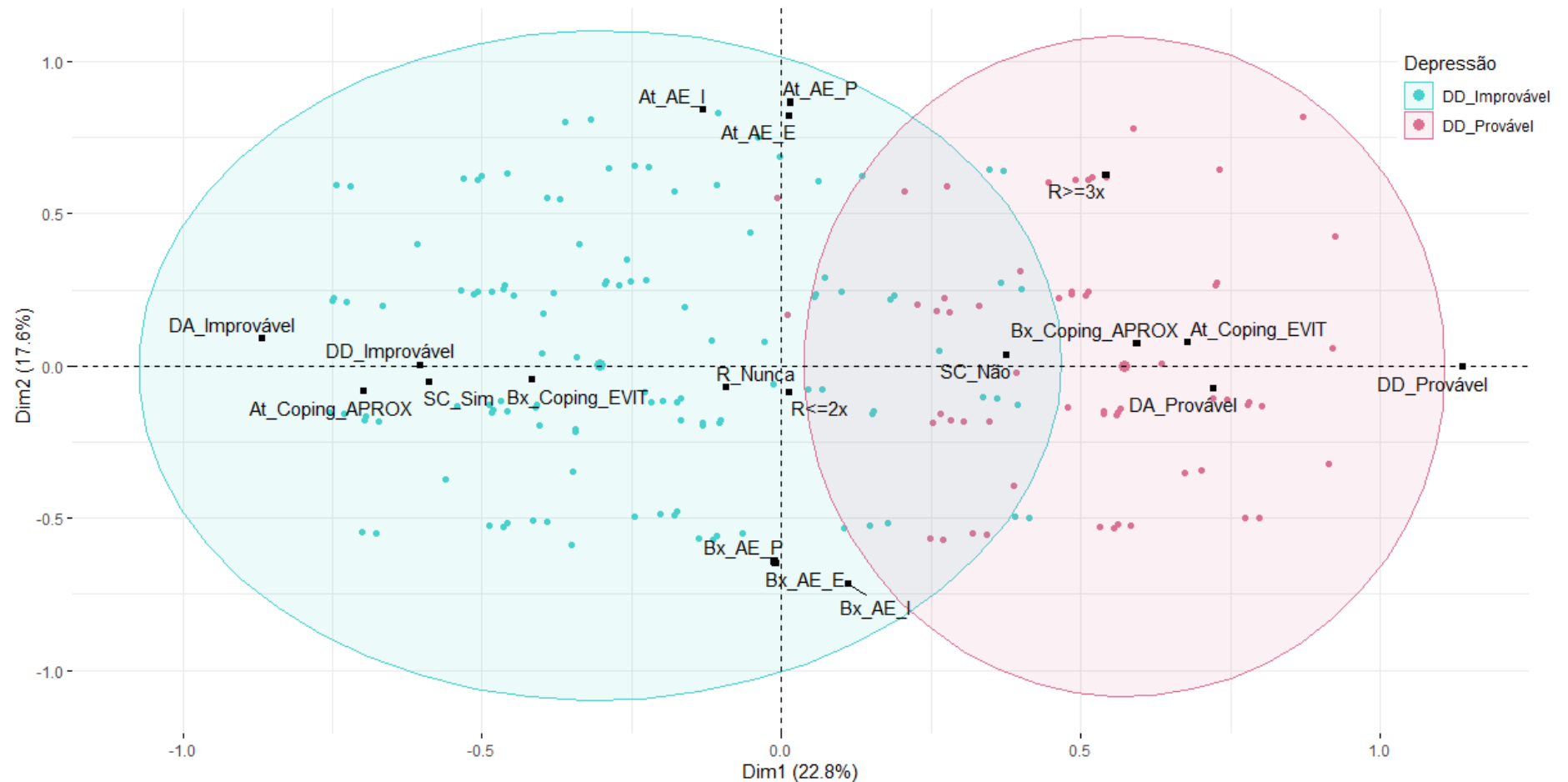


Nota: DA – Diagnóstico de Ansiedade; DD – Diagnóstico de Depressão; (At/Bx)\_AE\_I – (Alta/Baixa) Autoeficácia Iniciativa; (At/Bx)\_AE\_E – (Alta/Baixa) Autoeficácia Esforço; (At/Bx)\_AE\_P – Alta Autoeficácia Persistência; (At/Bx)\_Coping\_APROX – (Alto/Baixo) Coping de Aproximação; (At/Bx)\_Coping\_EVIT – (Alto/Baixo) Coping de Evitação; SC – Satisfação com Curso (Sim/Não); R\_Nunca – Nunca Reprovou; R<=2x – Reprovou 2 vezes ou menos; R>=3x – Reprovou 3 vezes ou mais.

Fonte: Elaborada pela autora.



Figura 11 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre o desempenho e contentamento dos estudantes, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de depressão. UNEMAT, 2017-2018.



Nota: DD – Diagnóstico de Depressão; Diagnóstico de Ansiedade; (At/Bx)\_AE\_I – (Alta/Baixa) Autoeficácia Iniciativa; (At/Bx)\_AE\_E – (Alta/Baixa) Autoeficácia Esforço; (At/Bx)\_AE\_P – Alta Autoeficácia Persistência; (At/Bx)\_Coping\_APROX – (Alto/Baixo) *Coping* de Aproximação; (At/Bx)\_Coping\_EVIT – (Alto/Baixo) *Coping* de Evitação; SC – Satisfação com Curso (Sim/Não); R\_Nunca – Nunca Reprovou; R<=2x – Reprovou 2 vezes ou menos; R>=3x – Reprovou 3 vezes ou mais.

Fonte: Elaborada pela autora.

Os fatores de hábito de vida e estudo que mais contribuíram na dimensão 1 foram os diagnósticos provável de depressão (19,42%), improvável (15,57%) e provável de ansiedade (12,94%). E as variáveis que apresentaram uma melhor qualidade de representação no modelo foram os diagnósticos de depressão (0,665), ansiedade (0,638), *coping* de aproximação (0,390) e *coping* de evitação (0,267). Dessa forma, observa-se que os estudantes que apresentaram diagnósticos prováveis de ansiedade e depressão, tinham um baixo *coping* de aproximação, alto *coping* de evitação, que não praticavam atividade física, que tinham uma baixa AE iniciativa e que estudavam extraclasse 2 horas ou menos por dia, além das baixas AE esforço e persistência apresentaram correlação nesta dimensão. E na 2ª dimensão, as maiores contribuições foram das altas AE persistência (16,44%), iniciativa (15,82%) e esforço (15,47%), sendo que as respectivas variáveis desses fatores, além dos estudos extraclasse apresentaram uma melhor qualidade de representação ( $\text{Cos}^2$ ). E os fatores correlacionados nesta dimensão foram os estudantes que tinham uma alta AE iniciativa, persistência e esforço, que estudavam 3 horas ou mais por dia extraclasse, que tinham um baixo *coping* de aproximação e apresentaram um diagnóstico provável de depressão, sendo que os estudantes que praticavam atividade física 1 a 2 vezes por semana apresentaram uma associação inversamente proporcional neste dimensão. Nota-se que os fatores da dimensão 1 e 2 estavam associados ao diagnóstico provável de ansiedade e alta AE iniciativa, respectivamente (Tabela 9).

De acordo com essas características, os estudantes que não praticavam atividade física, estudavam 2 horas ou menos por dia em extraclasse, que tinham um baixo *coping* de aproximação, alto *coping* de evitação, que tinham sintomas sugestíveis para depressão, baixa AE em todas as dimensões e alta AE persistência e esforço, apresentaram associação ao diagnóstico provável de ansiedade. E os estudantes que praticavam atividade física 3 ou mais vezes por semana, que tinham um alto *coping* de aproximação e diagnóstico improvável de depressão, apresentaram associação ao diagnóstico improvável de ansiedade. E os estudantes que praticavam atividade física 1 ou 2 vezes por semana, que estudavam extraclasse 3 horas ou mais por dia, que tinham baixo *coping* de evitação e alta AE iniciativa estavam situados na intersecção entre os diagnósticos (Figura 12), sendo que os estudantes que estudavam 3 horas ou mais por dia, que tinham baixo *coping* de evitação e alta AE iniciativa apresentaram uma associação inversamente proporcional ao diagnóstico provável de ansiedade (Tabela 9).

Observa-se que os estudantes que tinham baixo *coping* de aproximação, alto *coping* de evitação e diagnóstico provável de ansiedade apresentaram associação ao diagnóstico provável de depressão. E os estudantes que praticavam alguma atividade física, estudavam 3 horas ou

mais por dia extraclasse, que tinham baixo *coping* de evitação e alto *coping* de aproximação, que apresentaram sintomas improváveis para ansiedade e que tinham (alta e baixa) AE em todas as dimensões, estavam associados ao diagnóstico improvável de depressão, sendo que os estudantes que não praticavam atividade física e que estudavam 2 horas ou menos por dia extraclasse, situaram-se nas extremidades da intersecção entre os diagnósticos. Assim, influenciou-se que os estudantes que não PAF estava associado ao diagnóstico provável e os que EE 2 horas ou menos ao improvável de depressão (Figura 13).

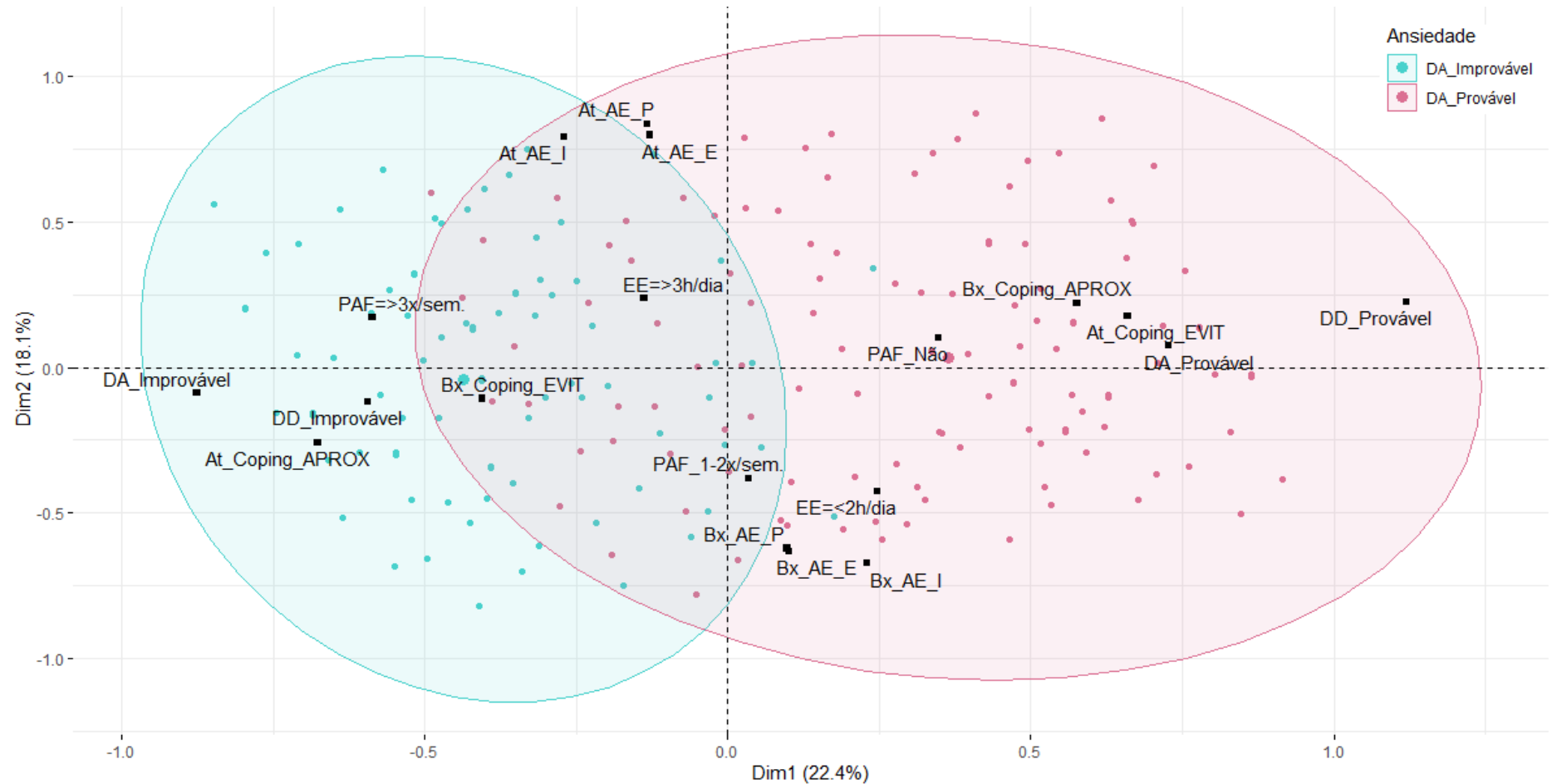
Tabela 9 – Análise de Correspondência Múltipla dos hábitos de vida e estudo dos estudantes, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia. UNEMAT, 2017-2018.

Variáveis	Coordenadas		Contribuições (%)		Cos <sup>2</sup>		Descrições (R <sup>2</sup> )			
	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	2ª Dim.	1ª Dim.	p-valor	2ª Dim.	p-valor
<b>Prática Atividade Física</b>							0,155	< 0,01	0,049	< 0,01
PAF_Não	0,348	0,101	2,50	0,26	0,103	0,009	0,207			
PAF_1-2x/sem.	0,035	-0,380	0,01	2,01	0,000	0,049			-0,154	
PAF=>3x/sem	-0,586	0,170	4,43	0,46	0,139	0,012	-0,259			
<b>Estudos Extraclasse (h)</b>							0,034	< 0,01	0,101	< 0,01
EE<=2h/dia	0,247	-0,425	0,98	3,57	0,034	0,101	0,096		-0,149	
EE>=3h/dia	-0,138	0,238	0,55	2,00	0,034	0,101	-0,096		0,149	
<b>Diagnóstico de Ansiedade</b>							0,638	< 0,01		
DA_Improvável	-0,876	-0,089	15,57	0,20	0,638	0,007	-0,400			
DA_Provável	0,728	0,074	12,94	0,17	0,638	0,007	0,400			
<b>Diagnóstico de Depressão</b>							0,665	< 0,01	0,027	< 0,01
DD_Improvável	-0,594	-0,119	10,30	0,51	0,665	0,027	-0,427		-0,077	
DD_Provável	1,119	0,224	19,42	0,96	0,665	0,027	0,427		0,077	
<b>Coping Evitação</b>							0,267	< 0,01	0,019	< 0,05
Bx_Coping_EVIT	-0,405	-0,107	4,55	0,39	0,267	0,019	-0,266		-0,063	
At_Coping_EVIT	0,660	0,174	7,41	0,64	0,267	0,019	0,266		0,063	
<b>Coping Aproximação</b>							0,390	< 0,01	0,057	< 0,01
Bx_Coping_APROX	0,576	0,221	8,02	1,45	0,390	0,057	0,312		0,108	
At_Coping_APROX	-0,676	-0,259	9,41	1,71	0,390	0,057	-0,312		-0,108	
<b>Autoeficácia Iniciativa</b>							0,062	< 0,01	0,531	< 0,01
Bx_AE_I	0,229	-0,673	1,27	13,48	0,062	0,531	0,124		-0,328	
At_AE_I	-0,269	0,789	1,49	15,82	0,062	0,531	-0,124		0,328	
<b>Autoeficácia Esforço</b>							0,013	< 0,05	0,502	< 0,01
Bx_AE_E	0,101	-0,630	0,25	12,24	0,013	0,502	0,057		-0,320	
At_AE_E	-0,128	0,797	0,32	15,47	0,013	0,502	-0,057		0,320	
<b>Autoeficácia Persistência</b>							0,013	< 0,05	0,519	< 0,01
Bx_AE_P	0,098	-0,621	0,25	12,22	0,013	0,519	0,057		-0,327	
At_AE_P	-0,132	0,836	0,33	16,44	0,013	0,519	-0,057		0,327	

Nota: Cos<sup>2</sup> – Cosseno ao quadrado; R<sup>2</sup> – Correlação ao quadrado.

Fonte: Elaborada pela autora.

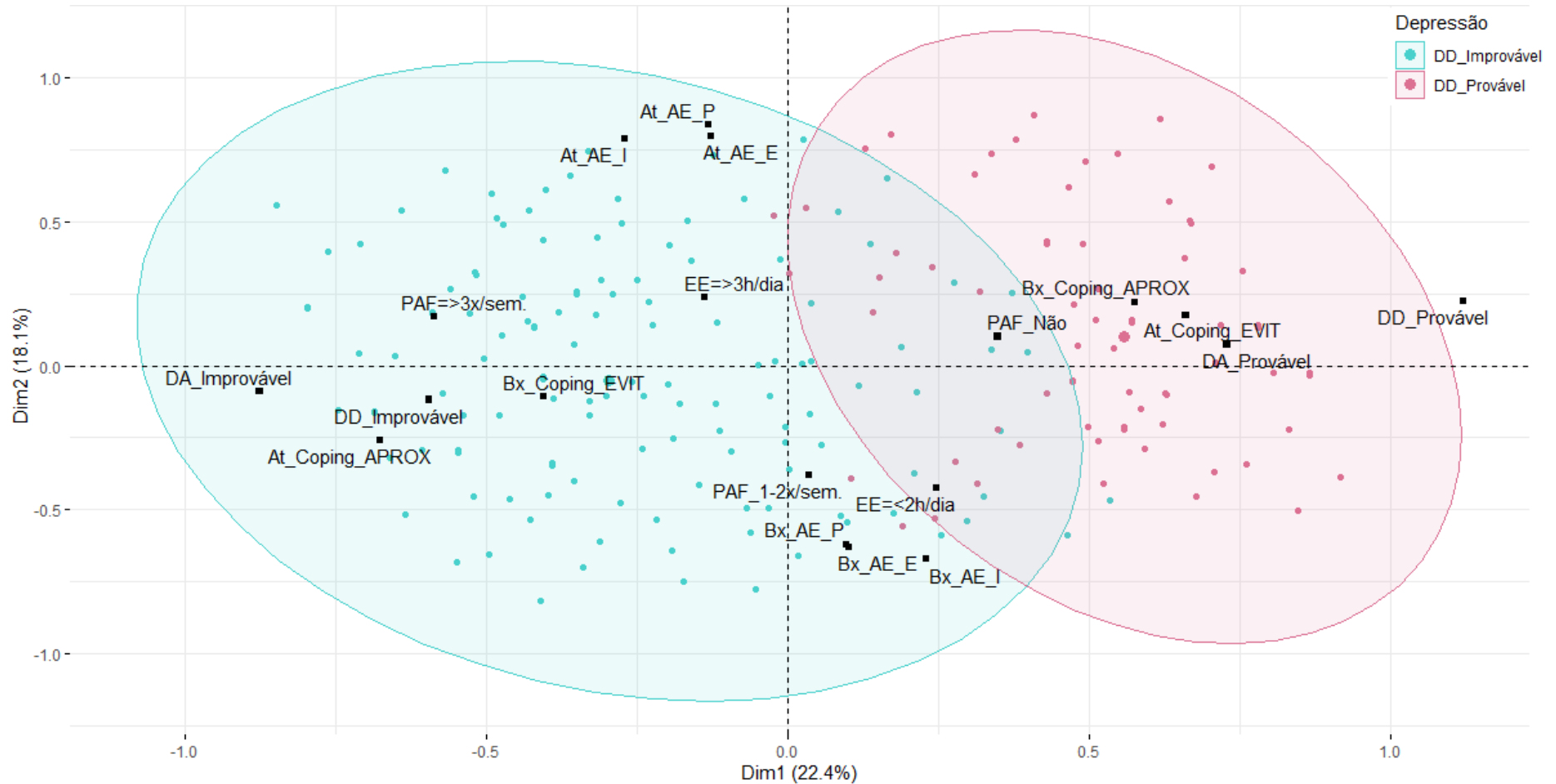
Figura 12 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre os hábitos de vida e estudos, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de ansiedade. UNEMAT, 2017-2018.



Nota: DA – Diagnóstico de Ansiedade; DD – Diagnóstico de Depressão; (At/Bx)\_AE\_I – (Alta/Baixa) Autoeficácia Iniciativa; (At/Bx)\_AE\_E – (Alta/Baixa) Autoeficácia Esforço; (At/Bx)\_AE\_P – Alta Autoeficácia Persistência; (At/Bx)\_Coping\_APROX – (Alto/Baixo) *Coping* de Aproximação; (At/Bx)\_Coping\_EVIT – (Alto/Baixo) *Coping* de Evitação; PAF\_Não – Não Prática de Atividade Física; PAF\_1-2x/sem. – Prática Atividade Física 1 a 2 vezes por semana; PAF=>3x/sem. – Prática Atividade Física 3 vezes ou mais por semana; EE=<2h/dia – 2 horas ou menos de Estudo Extraclasse por dia; EE=>3h/dia – 3 horas ou mais de Estudos Extraclasse por dia.

Fonte: Elaborada pela autora.

**Figura 13 – Mapa da Análise de Correspondência Múltipla entre os hábitos de vida e estudos, sofrimento psíquico, *coping* e autoeficácia, agrupados pelos diagnósticos de depressão. UNEMAT, 2017-2018.**



Nota: DD – Diagnóstico de Depressão; Diagnóstico de Ansiedade; (At/Bx)\_AE\_I – (Alta/Baixa) Autoeficácia Iniciativa; (At/Bx)\_AE\_E – (Alta/Baixa) Autoeficácia Esforço; (At/Bx)\_AE\_P – Alta Autoeficácia Persistência; (At/Bx)\_Coping\_APROX – (Alto/Baixo) Coping de Aproximação; (At/Bx)\_Coping\_EVIT – (Alto/Baixo) Coping de Evitação; PAF\_Não – Não Prática de Atividade Física; PAF\_1-2x/sem. – Prática Atividade Física 1 a 2 vezes por semana; PAF=>3x/sem. – Prática Atividade Física 3 vezes ou mais por semana; EE=<2h/dia – 2 horas ou menos de Estudo Extraclasse por dia; EE=>3h/dia – 3 horas ou mais de Estudos Extraclasse por dia.

Fonte: Elaborada pela autora.

## 8 DISCUSSÃO

### 8.1 Fatores associados a autoeficácia

As dimensões de autoeficácia tiveram relação positiva entre si e com *coping* de aproximação, e negativa ao *coping* de evitação, ou seja, os estudantes com uma melhor percepção de autoeficácia, tendem a aproximar dos seus problemas, criando estratégias positivas para resolvê-las. Por outro lado, se estas percepções da sua própria capacidade forem baixas ou erroneamente interpretadas, eles tendem a evitar os problemas, utilizando de estratégias mal adaptativas, como a negação, uso de substâncias psicoativas e/ou desenvolver comportamento agressivo. E foi evidenciado em um estudo realizado na própria universidade, que os estudantes utilizaram inúmeras estratégias de enfrentamento para resolver seus problemas, como ações diretas, reavaliação, ações agressivas, dentre outras menos utilizadas como apoio social e uso de substâncias químicas (CRUZ; RODRIGUES, 2021), porém não o relacionando com a autoeficácia.

Alguns estudos reverberam o *coping* como elemento central do processo, argumentando que os estudantes que desenvolvem sua capacidade de enfrentamento de problemas de forma ativa e assertiva, terão um aumento na eficiência de enfrentamento de uma forma geral, que contribuirá para o aumento da eficiência dos resultados (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; PAJARES, 2002; DEVONPORT; LANE, 2006). Neste estudo, reiteramos que a autoeficácia influencia diretamente no enfrentamento de problemas, ou seja, preparando o estudante para o enfrentamento assertivo do estresse, potencializando essas estratégias e novas experiências, contribuindo para a (re)avaliação cognitiva. Desta forma, a relação entre autoeficácia (avaliação cognitiva) e *coping* (qualidade da resposta) é em posteriori, interacionista e recíproca.

Observou-se relação inversa entre *coping* de aproximação, ansiedade, depressão e *coping* de evitação, e relação proporcional entre o *coping* de evitação e ansiedade, bem como a relação negativa da evitação com a idade. Essa relação positiva entre as estratégias de enfrentamento de problemas menos saudáveis (evitação) é uma resposta mal adaptativa aos eventos estressores, aumentando as chances de desenvolvimento de sofrimento psíquico e que potencializa os sintomas ansiosos e vice-versa. Quando o estudante se adapta às situações estressoras, enfrentando-os de forma assertiva e saudável, maior e melhor os recursos de habilidades eficazes para enfrentar o problema, sendo menor o risco do desenvolvimento de ansiedade e depressão. Outrora, se os estudantes apresentarem sintomas sugestivos de

sofrimento psíquico, menos capacitados se percebem e possuem menos habilidades de enfrentamento. E quanto mais experientes o estudante for, melhor serão as estratégias adaptativas saudáveis (TOWNSEND, 2017; SILVA *et al.*, 2020).

Os estudantes do ensino superior que estudavam 3 horas ou mais por dia extraclasse perceberam-se eficazes em todas as dimensões (iniciativa, esforço e persistência). Estudos apontam que estudantes que mais estudam fora da sala de aula, possuem melhor desempenho acadêmico comparado aos que estudavam apenas em sala (ANDRADE; CORRAR, 2008; CUNHA; JÚNIOR; LUCA, 2010; AMARO; BEUREN, 2018). Essa relação entre autoeficácia e estudos extraclasse pode estar relacionada a dois fatores principais, 1) a autoeficácia pode influenciar diretamente o desempenho de uma forma geral, sendo que indivíduos mais eficazes se empenham mais para executar uma atividade e obter o resultado esperado (BANDURA, 1995, 2009, 2012; KUHN, 2017); e 2) a autoeficácia pode ser considerada uma habilidade autorreguladora, usada como estratégia de gestão de tempo, ou seja, quando maior a autoeficácia, melhor o manejo do tempo, pois envolve processos motivacionais e decisórios. Assim, os estudantes conseguem discernir de forma eficaz o modo de usar o seu tempo (MICHELATOYOSHIY; KIENEN, 2018) e, conseqüentemente, estudar extraclasse sem que isso gere uma sobrecarga negativa de estudo. Além de que estudar extraclasse reduz a ansiedade e conseqüentemente, o estudante se sente mais confiante (AMARO; BEUREN, 2018).

Os estudantes que não usavam tabaco ou derivados apresentaram ser mais eficazes em todas as dimensões e os que não consumiram substâncias alcoólicas por pelo menos 3 meses tinham uma melhor percepção de autoeficácia esforço. Os estudos científicos de autoeficácia e tabaco em estudantes do ensino superior se fundamentam na resistência, tentação, intenção, iniciação, frequência, quantidade, dentre outros aspectos na abordagem de fumantes e/ou ex-fumantes. Estudo realizado com estudantes espanhóis categorizados como fumantes, analisou as atitudes, autoeficácia e intenção para parar de fumar, apontando que os estudantes tinham atitudes positivas, crenças errôneas e baixa percepção de autoeficácia (PARDAVILA-BELIO; LIZARBE-CHOCARRO; CANGA-ARMAYOR, 2019), e, por outro lado, os estudantes que se percebem menos eficaz relataram fumar com mais frequência ( $F(11,37) = 2,77, p=0,016$ ) e quantidade ( $F(11,37) = 2,11, p<0,05$ ) (VON AH *et al.*, 2005).

Em outro estudo sobre bem-estar subjetivo, autoeficácia e consumo de álcool em estudantes de psicologia, demonstrou uma correlação significativa, negativa e baixa entre o consumo de álcool e as dimensões de autoeficácia total ( $r=-0,16$ ) na regulação da formação ( $r=-0,15$ ), em ações proativas ( $r=-0,18$ ) e na gestão acadêmica ( $r=-0,18$ ), indicando que quanto



maior o consumo de álcool, menor a confiança dos estudantes na sua capacidade de aprendizagem, em estabelecer metas, fazer escolhas, planejamento, desenvolvimento de carreira, aproveitar oportunidades de formação, dentre outros. Já na análise de regressão, a autoeficácia em interação social explicou o consumo de álcool (0,93,  $p < 0,05$ ), enfatizando que quanto maior a interação social entre os pares, maior é o consumo de álcool dos estudantes, pois se sentem pertencentes ao ambiente e confiantes na capacidade de relacionar-se com a comunidade universitária para fins acadêmicos e, principalmente, sociais (SOUZA; REZENDE; AVOGLIA, 2021). O consumo de substâncias psicoativas é resultado da reciprocidade de fatores pessoais, sociais e interpessoais, sendo que a conduta do uso e abuso é através do processo de modelagem de imitação e reforço do ambiente sociocultural (MARTÍNEZ MALDONADO *et al.*, 2008), ou seja, os estudantes exercem influências entre seus pares.

Esse comportamento se intensifica em ambientes novos como o ambiente universitário, principalmente com os estudantes em fase de adaptação (SOUZA; REZENDE; AVOGLIA, 2021). As habilidades como a autoestima e, principalmente, a autoeficácia percebida, são preditoras de confrontação, abandono e resistência ao uso de substâncias psicoativas, contribuindo para resistir às influências do meio social para uso e abuso dessas substâncias (KEAR, 2002; MARTÍNEZ MALDONADO *et al.*, 2008; MORALES DOMÍNGUEZ *et al.*, 2011; GUERRA *et al.*, 2017; RODRIGUES; ALVES; MARTINS, 2019). A médio e no longo prazo o comportamento de risco destes estudantes pode afetar o engajamento, sucesso e rendimento acadêmico, satisfação, comprometimento, crescimento pessoal e bem-estar. Geralmente, os estudantes que utilizam dessas substâncias são ansiosos, e acaba adquirindo e aumentando o hábito para diminuir a ansiedade, ou seja, muitas vezes essas substâncias são utilizadas como estratégia de enfrentamento de problema, quando estão cansados, estressados, deprimidos ou para socialização e interação social (PEDROSA *et al.*, 2011; TOWNSEND, 2017; SOUSA, 2018; BARBOSA; ASFORA; MOURA, 2020; DA SILVA; RODRIGUES, 2021; SOUZA; REZENDE; AVOGLIA, 2021).

Estudos corroboram que os estudantes com depressão apresentaram escores baixo de autoeficácia, ou seja, perceberam-se menos eficaz em relação aos sem sintomas e/ou sem diagnóstico (JALILIAN *et al.*, 2012; SAWATZKY *et al.*, 2012; LEE; LEE, 2016; ARIÑO; BARDAGI, 2018; MELO *et al.*, 2021). O estresse dos estudantes estava diretamente relacionado ao aumento de sintomas de depressão, sendo mediada substancialmente pela autoeficácia de reconhecer e gerenciar esses estresses que afetam o desempenho acadêmico

(SAWATZKY *et al.*, 2012). Dessa forma, nas situações de estresse, é necessário reforçar a autoeficácia e utilizá-la para prevenir a transição para a depressão (LEE; LEE, 2016).

Nosso estudo diverge dos supracitados, pois os estudantes que apresentaram sintomas sugestivos de depressão perceberam-se mais autoeficazes em relação ao esforço, comparado aos estudantes com diagnóstico improvável. A autoavaliação cognitiva é influenciada por processos contextuais multifacetados, além dos aspectos e características biopsicossociais. Assim, esta relação pode estar relacionada ao fato de a autoeficácia poder atuar também como mediadora do estresse e recursos psíquicos, principalmente como *amortecedor* da ansiedade e depressão, reduzindo os sintomas (VILLAMARÍN CID, 1990; PAJARES, 2002; LUSZCZYNSKA; GUTIÉRREZ-DOÑA; SCHWARZER, 2005; SCHÖNFELD *et al.*, 2016; MELO *et al.*, 2021), ou pode ser que o caráter ecológico das associações propostas não tenha favorecido um melhor aprofundamento das análises (NARVAZ; KOLLER, 2004).

Os estudantes não heterossexuais tiveram uma pior percepção de autoeficácia nas dimensões do esforço e persistência comparados aos heterossexuais. Na literatura a relação de autoeficácia e orientação sexual não é explorada, sendo estudado apenas a associação entre a saúde e autoeficácia sexual, bem como o comportamento de risco dos estudantes do ensino superior (BRIEN *et al.*, 1994; CHAREST; KLEINPLATZ; LUND, 2016; SEANGPRAW; SRESUMATCHAI, 2016). Porém, mesmo havendo esta lacuna, a autoeficácia também pode ser resultado das relações interpessoais, influências ambientais e comportamentais, ou seja, os preconceitos sociais e familiares, a falta de apoio e comunicação, insinuações, ambiente não acolhedor, violência verbal e não-verbal, discriminação e não aceitação de si mesmo, dentre outros fatores, além da objetificação e/ou abjetificação de suas existências pela orientação sexual. Assim, podemos levantar a hipótese que esses fatores podem impactar diretamente na avaliação cognitiva dos estudantes não heterossexuais, levando-os a se perceberem menos capacitados. Com isso, como possíveis consequências, acabam estando mais vulneráveis a desenvolver transtornos mentais, pensamentos e ideias suicidas (ABBAS; GULL; GHAFFAR, 2017; CLEMENTE, 2019; CERQUEIRA-SANTOS; AZEVEDO; RAMOS, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Os estudantes que não praticavam atividade física se perceberam mais eficazes em uma única dimensão, AE iniciativa, ou seja, se sentem mais capacitados em iniciar determinada atividade. Essa relação diverge do consenso encontrado na literatura que apontam que a prática de atividade física é um fator protetivo aos indivíduos para o não desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), regulação e estimulação o processo de cognição, agindo

na redução dos sintomas de doenças físicas e mentais, além de contribuir para as interações sociais e ambientais, ou seja, promove diretamente a qualidade de vida do ser multifacetado (NAHAS, 2017; WHO, 2022; RODRIGUES; REVERDITO; VIEIRA, 2021; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021). E que há um declínio acentuado na prática de atividade física em períodos de transição, sendo na vida adulta e, principalmente, na inserção à universidade (VANKIM; NELSON, 2013; LIU; DAI, 2017; WALLACE *et al.*, 2000).

Outros estudos reiteram que sua associação e relação com a autoeficácia é direta e positiva, sendo influenciada por ela constantemente, ou seja, quanto melhor a percepção de autoeficácia, mais engajado ele se sente para iniciar uma atividade, atribuindo mais esforço e tempo para alcançar o resultado e romper as barreiras percebidas, além de ser um preditor proximal da atividade física. Essa influência acontece primeiramente sobre a atividade física, posteriormente há uma reciprocidade entre os mecanismos de proteção (BANDURA, 1997; BRAY, 2007; BANDURA, 2009; PARSCHAU *et al.*, 2013; JOSEPH *et al.*, 2014; LIU; DAI, 2017). Essa divergência pode estar relacionada ao sentimento de pertencimento ao grupo, o prazer e o engajamento à atividade e ter prazer no processo para alcançar o resultado. E os estudantes que praticavam não reconhecessem essas dimensões da atividade, podem ter comportamentos de risco, como uso e abuso de substâncias psicoativas ou praticavam AF com o objetivo de expectativa de resultado, como Bandura (1977, 1995, 1997) ressalta, manipulando o comportamento para alcançar o resultado desejado. E dependendo da atividade ou do estágio em que o estudante se encontra, pode gerar ansiedade e, conseqüentemente, diminuir a autoeficácia (JEOUNG; HONG; LEE, 2013).

E, por outro lado, os estudantes que não praticavam atividade física poderiam não ter conhecimento sobre a importância da atividade à saúde, ter uma percepção equivocada das suas próprias capacidades e/ou poderiam estar engajados em outras atividades, como movimentos culturais, ter responsabilidade (cargo) na sua religião, auxiliar em projetos sociais, dentre outras, pois pertencer a esses grupos e estar vinculados com demandas de cunho social os façam estar mais ativos, impulsionando-os na iniciação de projeto, por exemplo. No entanto, ratificamos a importância do desenvolvimento de estudos futuros de forma mais robustas relacionando o tipo de atividade física, nível, duração, tempos em anos ou meses de prática, utilização de escalas apropriadas de atividade física, não apenas o autorrelato (sim/não) da prática, comportamento de risco, vinculação a outras atividades, dentre outros.

## 8.2 Associação dos fatores multidimensionais

Os estudantes do ensino superior que tinham baixas estratégias de *coping* de aproximação e alta evitação, apresentaram associação com os diagnósticos prováveis de ansiedade e depressão. Esses dados corroboram com estudo realizado na própria universidade (CRUZ; RODRIGUES, 2021), que os estudantes com diagnósticos de ansiedade e depressão apresentaram maiores médias de *coping* de evitação (21,35 e 21,67, respectivamente), além de baixas estratégias de aproximação (14,78 e 13,46, respectivamente). Pereira e colaboradores (2020) abordaram também que houve uma relação positiva em algumas dimensões de *coping* e depressão, como fuga e esquiva (( $p=0,27$ ,  $p\leq 0,05$ ) e confronto (( $p=0,22$ ,  $p\leq 0,05$ )). Essa relação origina-se, pois, as estratégias de enfrentamento de problemas caracterizam a qualidade da resposta diante um evento, ou seja, quanto mais os estudantes evitam seus problemas, maior a probabilidade em desenvolver transtornos mentais e comportamentais ou exacerbar seus sinais e sintomas. Por outro lado, quando se aproximam para resolvê-los, menor a probabilidade do desenvolvimento, pois utilizam de estratégias mais adaptativas e funcionais, diretamente relacionada as melhores percepções de autoeficácia e, conseqüentemente, há menos desgaste emocional (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; ANTONIAZZI, 1999; TOWNSEND, 2017; LOPES; MEURER; COLAUTO, 2020; CRUZ; RODRIGUES, 2021).

Os estudantes de outros cursos que não eram da área da saúde e que estavam vinculados a outros campus, apresentaram associação com o diagnóstico provável de ansiedade e depressão, e que estes cursos eram ofertados em períodos não integral, sendo que estudantes que cursavam em um único período apresentaram associação ao diagnóstico de ansiedade. Esses dados divergem com muitos estudos que observaram maior prevalência e/ou associação desses transtornos entre os estudantes da área da saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2015; CHERNOMAS; SHAPIRO, 2013; CARLETO *et al.*, 2018; BARBOSA; ASFORA; MOURA, 2020; MIRZA *et al.*, 2021), relatando que isso é influenciado pelo aspecto teórico-prático do curso, elencado pela carga horária de estudos e relação direta com os sofrimentos dos pacientes. Por outro lado, são poucos os estudos que analisaram os transtornos mentais em estudantes de áreas que não eram da saúde. Neves e Dalgalarrodo (2007) contribuíram que os estudantes das áreas de humanas e artes estavam fortemente associados a apresentar algum transtorno mental (Odds=1,655,  $p=0,0044$ ), e que a prevalência era maior nesta área (68,1%) do que em relação a saúde (56,3%) e ciências básicas, exatas e tecnológica (4,7%). E foi identificado também que

57,5% dos estudantes do curso de Administração foram classificados como casos suspeitos de Transtorno Mental Comum – TMC (GOMES *et al.*, 2020).

De Souza e Rodrigues (2021) corroboram que os estudantes de outros cursos apresentaram Diagnóstico Provável de Depressão (DPD) duas vezes maior que os de medicina (36,09% e 16,67%, respectivamente, e Razão de Prevalência (RP)=2,17,  $p \leq 0,01$ ) e 47% maior que os estudantes de Educação Física (24,53%, RP=1,47,  $p \leq 0,01$ ). Para ansiedade, os estudantes dos outros cursos apresentaram Diagnóstico Provável de Ansiedade (DPA) 27% (RP=1,27,  $p \leq 0,20$ ) maior que os de Educação Física, prevalência de 63,48% e 50,0%, respectivamente. Essa associação pode estar relacionada ao baixo aspecto socioeconômico, visto que os estudantes têm a necessidade de trabalhar para sustentar a família e, conseqüentemente, tem poucas horas de sono e/ou de lazer, causando sobrecarga física e psicológica. Ainda, a hipótese de que os estudantes que não eram da área da saúde poderiam ter menos acesso à informação e/ou ferramentas que os auxiliassem no manejo da sua própria saúde mental no âmbito acadêmico e em outros contextos de inserção, ou ainda, sugerindo uma tendência de que apenas os estudantes com algum desconforto psíquico responderam ao questionário para receber seu feedback (REIS; MIRANDA; FREITAS, 2017; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021).

Observou-se que o sexo feminino apresentou associação com os diagnósticos prováveis de ansiedade e depressão. Estudos corroboram que as estudantes do sexo feminino são mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais, tendo altas prevalências de sofrimento psicológico (SAKAE; PADÃO; JORNADA, 2010; GOMES *et al.*, 2020; AGUIAR, RODRIGUES, 2021; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021). Essas altas prevalências e associações não estão apenas vinculadas aos estudantes do ensino superior, mas na população em geral, elencados pela relação na sociedade, conflitos e obstáculos estruturais contra as mulheres. Em culturas com a marca da permissividade machista e objetivação da mulher, além de atribuições do cotidiano, tripla jornada, a mulher tem de conciliar os estudos ao trabalho para sustentar a família e ter uma dependência financeira e às atividades domésticas, responsabilidade de ser mãe e esposa, muitas vezes sem ter auxílio do(a) companheiro(a) ou outra pessoa (CARVALHO *et al.*, 2015; ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015; MEDEIROS; BITTENCOURT, 2017; REIS; MIRANDA; FREITAS, 2017; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021).

Estudos apontam que os estudantes na faixa etária de 17 e 20 anos são mais suscetíveis a desenvolver algum transtorno mental em comparação aos mais velhos, pois pode estar

associada ao processo de transição, mudança de cidade para cursar a universidade, fase inicial do curso, insegurança e outras situações estressoras (BAYRAM; BILGEL, 2008; SHAMSUDDIN *et al.*, 2013; REIS; MIRANDA; FREITAS, 2017; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021). Porém, nossos resultados contrapõem que os estudantes da faixa etária intermediária (24-29 anos), apresentaram associação aos diagnósticos prováveis de ansiedade e depressão. Isso pode estar relacionado a fase final do curso, sobrecarga em todos os âmbitos de inserção, principalmente do ambiente universitário e suas interfaces, além da dependência financeira dos pais ou outras pessoas, preocupação com o mercado de trabalho e outros fatores que contribui negativamente na saúde mental dos estudantes (REIS; MIRANDA; FREITAS, 2017; AGUIAR, RODRIGUES, 2021; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021). Por outro lado, os estudantes com 30 anos acima apresentaram associação a alguns fatores protetivos como possuir graduação prévia e trabalhar, além de melhores percepções de autoeficácia persistência, boas estratégias de enfrentamento de problemas e diagnóstico improvável de ansiedade.

Estudos abordam que estudantes que trabalham têm uma maior vulnerabilidade em desenvolver algum transtorno mental pelo estresse, ou seja, a agregação da sobrecarga da jornada do trabalhador-estudante ou estudante-trabalhador, bem como os conflitos simultâneos de ambos os papéis, que podem ocasionar problemas secundários como familiares, por exemplo, e o forte desgaste físico e psicológico influenciam diretamente no desenvolvimento de transtornos (MEDEIROS; BITTENCOURT, 2017; ABACAR *et al.*, 2021). Porém, como foi supracitado, observou-se no nosso estudo, que o fator trabalho foi protetivo para os estudantes de 30 anos acima, além que os estudantes de uma forma geral que trabalhavam apresentaram associação com o diagnóstico improvável de ambos os transtornos, e os que não trabalhavam com diagnóstico provável de ansiedade.

De Souza e Rodrigues (2021) apontaram que os estudantes que trabalhavam apresentaram DPA 13% menor que os que não trabalhavam. Isso é oriundo da busca pela independência financeira, que traz satisfação pessoal e auxilia diretamente no modo de sobrevivência familiar. Em contrapartida, os estudantes que não trabalham podem desenvolver algum transtorno mental, pois dependem diretamente dos pais ou outra pessoa significativa, se vinculando a inúmeros projetos na universidade para tentar conseguir bolsa e não depender totalmente. É sabido que as condições financeiras impactam a saúde mental, pois influencia diretamente o modo de vida e, conseqüentemente, a qualidade e relações familiares (SEQUEIRA *et al.*, 2015; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021).

Os estudantes que mudaram de cidade para cursar a universidade estavam associados ao diagnóstico provável de ansiedade. Estudos enfatizam que a fase de transição dos estudantes como a mudança de cidade para facilitar o acesso à universidade, torna-os mais suscetíveis ao desenvolvimento de crises, transtornos mentais e comportamentais, pois estão longe do círculo familiar. Quando há rupturas de relações afetivas e sociais significativas, transitando para uma nova vivência e experiência, os estudantes podem apresentar dificuldades em estabelecer contato social, e, conseqüentemente, se isolar e perceber-se incapaz neste novo ambiente com novas responsabilidades e autonomia (VASCONCELOS *et al.*, 2015; NOGUEIRA-MARTINS; NOGUEIRA-MARTINS, 2018; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021).

Os estudantes que reprovaram pelo menos uma vez, apresentaram associação ao diagnóstico provável de ansiedade e os que reprovaram 3 vezes ou mais, a depressão. Assim como, os estudantes que não estavam satisfeitos com o curso apresentaram associação com ambos os transtornos, e os que não estavam cursando a graduação da sua primeira escolha, associou-se à ansiedade. A reprovação pode ser uma consequência da escolha e, posteriormente, satisfação com o curso relacionados aos aspectos pessoais e acadêmicos, sendo que o processo e o resultado são oriundos da autonomia, envolvimento e desempenho pessoal e com os pares, bem como a relação com os docentes e sua competência, organização do curso, atividades extracurriculares, dentre outros aspectos (SANTOS *et al.*, 2013; SUEHIRO; ANDRADE, 2018; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021). Além de estarem engajados, se sentirem pertencentes ao ambiente e almejem ser excelentes profissionais.

Esses fatores impactam diretamente nos processos cognitivos, aprendizagem, desenvolvimento de habilidades, podendo resultar em alterações de afetividade, sono, transtornos alimentares, ansiosos e depressivos (SANTOS *et al.*, 2013; SUEHIRO; ANDRADE, 2018; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021). Quanto menor a satisfação com o curso, menor a adaptação, interesse pela vida universitária e o desempenho, e maior a incerteza sobre o futuro ou o ônus de encontrar um emprego após o término do curso, o que pode causar estresse e afetar negativamente a autoeficácia, autoestima e qualidade de vida de uma forma geral, aumentando os sintomas de ansiedade e depressão (LEE; LEE, 2016).

Observou-se que os estudantes que estudavam 2 horas ou menos por dia extraclasse associaram-se ao diagnóstico provável de ansiedade. E foi analisado que os estudantes que estudavam este mesmo período fora da sala de aula, apresentaram maior prevalência de ansiedade em relação aos que estudavam 3 horas ou mais por dia (72,22% e 57,76%, respectivamente e  $RP=0,80$ ,  $p\leq 0,01$ ) (DE SOUZA; RODRIGUES, 2021). Estudar extraclasse,

seja como preparação de aula ou apreensão do conhecimento, tem uma direta relação com o rendimento acadêmico, pois ajuda a fixar o conteúdo. Dispensar tempo e atenção ao conteúdo na sua integralidade, tem o intuito de alcançar o melhor aproveitamento possível e premiar todo o esforço despendido, e, posteriormente, reflete em estímulos para a continuação dos estudos (GONÇALVES *et al.*, 2015). Essa prática de estudos reduz a ansiedade, deixando-a em níveis fisiológicos, ou seja, se preparar para as aulas ou uma avaliação, por exemplo, faz com que o estudante se perceba mais confiante para desempenhar suas funções e executá-la, aumentando a motivação para a produtividade e, conseqüentemente, alcançar seus objetivos (TOWNSEND, 2017; AMARO; BEUREN, 2018). Assim, há um estímulo no aprendizado, aumentando seu desempenho e rendimento acadêmico.

Estudos apontam que estudantes na fase inicial do curso são mais vulneráveis ao desenvolvimento de sofrimento e transtornos psíquico, além das altas prevalências pelo processo de transição, acesso a novas experiências e demandas, maior insegurança e preocupação do presente e futuro (BRANDTNER; BARDAGI, 2009; REIS; MIRANDA; FREITAS, 2017; AGUIAR, RODRIGUES, 2021). Porém, observou-se que os estudantes na fase final do curso apresentaram associação com os diagnósticos prováveis de ansiedade e depressão. Esse período caracteriza o início do desligamento da instituição e inserção no mercado de trabalho. O estudante enfrenta inúmeras demandas, como nível de exigências ao processo de formação, relacionamento (multi)profissional durante os estágios, mudança na rotina, excesso de atividades (extra)curriculares, fora a falta de tempo para prática de atividade física e momentos de lazer. Irritabilidade, baixa percepção de autoeficácia, preocupação com a vida profissional, se conseguirá um trabalho, logo o término do curso, sobrecarga de trabalho, dentre outros. E esses fatores estressantes contribuem significativamente para o desenvolvimento de transtornos mentais (ARIÑO; BARDAGI, 2018; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021; TAQUES; RODRIGUES; LIMA, 2021).

É sabido que a atividade física traz benefícios físicos/fisiológicos, psicológicos e sociais a curto, médio e longo prazo, sendo capaz de prevenir doenças crônicas ou reduzir seus sinais e sintomas e promover interações sociais e ambientais (NAHAS, 2017; WHO, 2022). Especificamente nos aspectos psíquicos, age diretamente na estimulação das funções cognitivas e atrasa seu declínio, aumenta a autoestima, bem como reduz os sintomas de sofrimento psicológico, propiciando a melhora da saúde mental e, conseqüentemente, na qualidade de vida (SILVA; NETO, 2014; RODRIGUES; REVERDITO; VIEIRA, 2021; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021; WHO, 2022). Além de aumentar significativamente a autoeficácia, bem-



estar e adaptação autopercebida e melhorar o humor (MCAULEY; BLISSMER, 2000; PELUSO; ANDRADE, 2005; VANKIM; NELSON, 2013). Dessa forma, observou-se que os estudantes que praticavam atividade física apresentaram associação aos sintomas improváveis de ansiedade e depressão, e os que não praticavam estavam associados a ambos os diagnósticos.

Em estudo com os estudantes do ensino superior na Turquia, foi evidenciado que se exercitar e continuar se exercitando afeta positivamente a autoeficácia e bem-estar psicológico, e que não praticar ou não considerar o exercício, tem uma relação positiva com a depressão (ERSÖZ, 2017). Cahuas *et al.*, (2019) reverberaram que a atividade física regular e o sono de qualidade podem ajudar a reduzir e regular a depressão, mas que o gênero pode desempenhar um papel preditivo na depressão. Verificaram que as mulheres são mais deprimidas que os homens, e elas encontram no sono o alívio dos sintomas de depressão, mas ressaltam que a prática de atividade ou exercício físico influencia o sono pelo gasto energético e relaxamento.

Estudos corroboram que estudantes que não fazem nenhuma prática de atividade física ou apenas duas vezes ao mês, apresentaram maiores médias de ansiedade comparado aos estudantes que praticam pelo menos duas vezes na semana (AGUIAR, RODRIGUES, 2021). Estudantes que praticam atividade física apresentam maior probabilidade no uso de estratégias adaptativas visto como funcionais e saudáveis, além de menor uso de estratégias negativas de enfrentamento de problema (RODRIGUES; REVERDITO; VIEIRA, 2021), sendo que a interação social e o apoio mútuo que a atividade propicia desempenha um papel positivo e fundamental a saúde mental e qualidade de vida dos estudantes (PELUSO; ANDRADE, 2005; VANKIM; NELSON, 2013). Dessa forma, a atividade física age como fator protetivo à saúde mental e reduz sintomas de ansiedade e depressão nos estudantes (CAHUAS *et al.*, 2019; RODRIGUES; REVERDITO; VIEIRA, 2021; DE SOUZA; RODRIGUES, 2021).

Os estudantes autodeclarados brancos apresentaram associação ao diagnóstico provável de ansiedade. Estudos apontaram que pessoas não brancas estão apresentando taxas mais baixas ou equivalentes de transtornos mentais em comparação com brancos (DYRBYE *et al.*, 2007; MCGUIRE; MIRANDA, 2008; CHEN *et al.*, 2019). No entanto, deve-se considerar que os estudantes não brancos são vulneráveis aos problemas de saúde mental, visto que sofrem ou sofreram discriminação, preconceito ou isolamento relacionado a cor da sua pele (BASTOS *et al.*, 2014; CHEN *et al.*, 2019). Além de problemas de relações interpessoais e sociais vivenciados na universidade, incluindo sentimentos de desesperança, exaustão, raiva, ansiedade e depressão (HUNT *et al.*, 2015; CHEN *et al.*, 2019; RODRIGUES; REVERDITO; VIEIRA, 2021).

Evidências reverberam que a discriminação é um fator precipitante de estresse e problemas mentais, e está relacionada ao aumento de tabagismo e sintomas psiquiátricos, sendo potencializada pela classe social (baixa) e idade (mais velhos) (HWANG; GOTO, 2008; BASTOS *et al.*, 2014; SOUZA; LEMKUHL; BASTOS, 2015). Esse grupo foi 5 vezes mais propensos a relatar que a raça afetou negativamente sua experiência na universidade (DYRBYE *et al.*, 2007), e os estudantes multirraciais apresentaram maiores chances de automutilação intencional, considerando suicídio e tentativa (CHEN *et al.*, 2019). Estudos apontam que a resiliência é um dos pontos-chaves para explicar essa disparidade. A experiência de vida dos não brancos os tornaram mais resistentes à superação de obstáculos dentro e fora da universidade. E este enfrentamento às adversidades, propulsiona a ressignificação das situações estressoras (DYRBYE *et al.*, 2007; FONSECA, 2009). Portanto, é necessário a realização de futuros estudos para analisar a relação dos transtornos mentais com a discriminação, preconceito, socialização/isolamento social, relações interpessoais, ideação suicida e outros fatores nesta população, de acordo com a raça/cor, questões econômicas e idade.

Observou-se que os estudantes que apresentaram diagnóstico provável de ansiedade, associaram ao diagnóstico provável de depressão e vice-versa. Essa relação não acontece de forma automática, mas um dos diagnósticos ou os sintomas sugestivos de um, potencializa outros sintomas. Ou seja, o estudante que se encontravam em sofrimento psíquico, tornam-se ainda mais vulneráveis no desenvolvimento de transtornos mentais associados, prejudicando seu desempenho e/ou rendimento acadêmico (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010; SCHÖNFELD *et al.*, 2016). Observou-se também que as dimensões de autoeficácia agiam como fator protetivo entre os diagnósticos de ansiedade e depressão, e que as melhores percepções de autoeficácia iniciativa se associaram com fatores mais saudáveis dos objetos de estudo, características do curso, desempenho e contentamento e hábitos de vida e estudos e, posteriormente as melhores percepções de autoeficácia persistência e esforço.

Isso acontece, pois, a autoeficácia tem papel de regulação e mediação entre os eventos estressantes e recursos psíquicos, agindo como *amortecedora* dos sintomas de sofrimento psicológico (VILLAMARÍN CID, 1990; PAJARES, 2002; LUSZCZYNSKA; GUTIÉRREZ-DOÑA; SCHWARZER, 2005; SCHÖNFELD *et al.*, 2016; MELO *et al.*, 2021). Especificamente, a autoeficácia iniciativa é um importante preditor das demais dimensões, pois ela propulsiona o estudante a se vincular/iniciar alguma atividade, aumentando a motivação e a confiança para persistir e intensificar os esforços para alcançar o(s) resultado(s) desejado(s) (PERARA, 2002; BICA; VERDIN; VICARI, 2006; BANDURA, 2009).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar a autoeficácia percebida dos estudantes do ensino superior e sua relação com as estratégias de enfrentamento de problemas e com os indicadores de sofrimento psíquico. Neste modo, concluímos que as dimensões de autoeficácia foram proporcionais entre si e com as estratégias de enfrentamento de aproximação, e inversamente com as estratégias de evitação. As melhores percepções de autoeficácia foram em estudantes heterossexuais, que estudavam 3 horas ou mais por dia extraclasse, não praticavam atividade física, não usavam derivado de tabaco e não consumiram substância alcoólica por pelo menos 3 meses, além de apresentar sintomas sugestivos de depressão. Fazer parte de outros campus e de outros cursos fora os da saúde, estar na fase final do curso, não praticar atividade física, estratégias de enfrentamento de problemas não saudáveis, sexo feminino e ter entre 24 e 29 anos, foram fatores acadêmicos associados tanto ao diagnóstico de ansiedade, quanto depressão. Para ansiedade os fatores foram: raça branca, estudar em um único período, não estudar a primeira escolha do curso, mudar de cidade para cursar a universidade, não trabalhar e estudar 2 horas ou menos por dia extraclasse. Além de que os diagnósticos prováveis se associaram entre si e as dimensões de autoeficácia agiram como fator protetivo entre os diagnósticos.

A variedade de situações estressoras experienciadas de forma multidimensional pelos estudantes do ensino superior, levando em consideração as características biopsicossociais, condições do momento e experiências pregressas, influenciam a avaliação cognitiva (autoeficácia), que consequentemente regula as habilidades e estratégias de enfrentamento de problemas e no funcionamento psicossocial. Ratificamos a necessidade do desenvolvimento de futuros estudos com mais robustez para explorar profundamente os aspectos do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, que é delineado pelas inter-relação do Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT). Além de utilizar escalas apropriadas de atividade física, por exemplo, e não apenas o autorrelato, relacionando com o nível de prática, duração, tempo, esporte, vinculação a outras atividades.

A raça também deve ser considerada nos modelos de análise posterior, uma vez que foi associada ao diagnóstico de ansiedade. Outro elemento a ser explorado deve ser a discriminação, tanto em relação as questões raciais, quanto a orientação sexual, e os impactos na saúde mental dos estudantes e, consequentemente, no bem-estar e qualidade de vida. Outra relação a ser analisada neste público é entre a autoeficácia e o engajamento, visto que o

desenvolvimento das crenças de autoeficácia pode favorecer o comprometimento e investimento dos estudantes nas aulas e atividades. O estresse pode ser multifatorial, como por exemplo, questões familiares. Crescer em um ambiente estressante ou por vezes, estabelecer expectativas irreais aos filhos (estudantes), influencia diretamente as crenças de autoeficácia, podendo ser desenvolvida com um baixo senso e/ou interpretando o evento de forma errônea ou desajustada, o prejudicando no desempenho acadêmico, com isso, a importância de estudar essa relação contextual. Há a necessidade também de realizar estudos longitudinais, podendo controlar por sexo e idade, visto que estas características influenciam diretamente o *continuum* saúde-doença. Ressaltamos também que todos os estudantes do ensino superior são vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais, porém isso deve ser analisado de acordo com a faculdade e/ou curso, já que cada vertente tem a sua especificidade.

A limitação deste estudo relaciona-se ao inquérito epidemiológico que nos objetiva a observar simultaneamente os fatores de risco e a doença em um determinado momento ou tempo, não permitindo comprovar relações de causalidade. Outra questão, fundamenta-se na utilização de questionário autoaplicável online para coleta de dados que, por um lado aumenta o acesso e participação pela autoaplicação, porém é possível que estudantes não tenham participado pela falta de recursos tecnológicos. Em relação às questões de autorrelato, como a prática de atividade física, por exemplo, os estudantes podem ter entendido que essa prática era apenas na academia e de forma intensa, ou por vezes, não saibam de forma literal os aspectos da atividade física cotidiana, como pedalar ou caminhar para a universidade, ou outra atividade que resulta em gasto energético.

Os participantes deste estudo (n=669) representaram 32,88% dos estudantes da Universidade do estado de Mato Grosso, tendo aproximadamente 77% mais participantes do cálculo amostral (378 participantes, Grau de Confiança de 95% e margem de erro 5%, por 22.000 estudantes). Diante dos resultados, ressaltamos a importância do planejamento de ações preventivas e promoção à saúde e bem-estar psíquico dos estudantes do ensino superior, desde o ingresso na universidade, intensificando na fase final do curso. Ações estas que articulam estratégias de acompanhamento psicológico e que irão auxiliar na qualidade de vida com o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, podendo ser implementadas através de educação em saúde, pois é o processo educativo e criativo que estabelece reflexões sistêmicas e ecológicas, e constitui interações e inter-relações com o mundo, sendo avaliadas de acordo com suas necessidades. E que estas estratégias devem ser pautadas com ênfase na autoeficácia como elemento regulador e potencializador do desenvolvimento humano, e que através da sua

crença, delinea a motivação, entusiasmo, atitude, autoconceito, autoestima, resiliência, inteligência emocional, dentre outros elementos essenciais na/para a vivência, e influencia o desempenho e rendimento acadêmico e em outros contextos de inserção. Estas estratégias devem ser implementadas tanto aos estudantes, quanto a toda comunidade acadêmica, com proposição de projetos que fomentem essas crenças. Além de programas voltados a práticas de atividade física.

## REFERÊNCIAS

- ABACAR, M.; ALIANTE, G.; ARISTIDES, C. L.; NICUANE, Z. S. Experiences of stress and coping strategies in students working at a public university in Mozambique. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 6, p. 1–17, 2021.
- ABBAS, H. M. A.; GULL, V. I.; GHAFAR, K. The impact of social support on psychological distress among khawajasira community: the mediated effect of self-efficacy. **Information Management and Business Review**, v. 9, n. 6, p. 36–40, 2017.
- AGUIAR, A. M.; RODRIGUES, P. C. O. Prevalência de sintomas de ansiedade em estudantes de graduação. In: RODRIGUES, P. C. O.; DE SOUZA, S. C. (Org). **Saúde mental do estudante universitário: uma coletânea de estudos descritivos**. Nova Xavantina: Pantanal. 2021. p. 11–19. DOI: 10.46420/9786588319758cap2.
- ALMEIDA, J. S. P. **A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Vida) - Universidade Nova de Lisboa.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Scielo Books – 4º Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2007.
- AMARO, H. D.; BEUREN, I. M. Influência de fatores contingenciais no desempenho acadêmico de discentes do curso de Ciências Contábeis. **Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade (REPeC)**, v. 12, n. 1, p. 22–44, 2018. DOI: 10.17524/repec.v12i1.1581.
- ANDRADE, J. X.; CORRAR, L. J. Condicionantes do desempenho dos estudantes de contabilidade: evidências empíricas de natureza acadêmica, demográfica e econômica. **Revista de Contabilidade da UFBA**, v. 1, n. 1, p. 62–74, 2008.
- ANTONIAZZI, A. S. **Desenvolvimento de instrumentos para avaliação de coping em adolescentes brasileiros**. 1999. 98 folhas. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL’AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *Coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273–294, 1998.
- ARAÚJO, A. M.; ALMEIDA, L. S. Adaptação ao ensino superior: o papel moderador das expectativas acadêmicas. **Lumen: Educare**, v. 1, n. 1, p. 13–31, 2015. DOI: 10.19141/2447-5432/lumen.v1.n1.p.13-32.
- ARIÑO, D. O.; BARDAGI, M. P. Relação entre fatores acadêmicos e a saúde mental de estudantes universitários. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 44–52, 2018. DOI: 10.24879/2018001200300544.
- AZZI, R. G.; GUERREIRO-CASANOVA, D. C.; DANTAS, M. A. Autoeficácia acadêmica: Possibilidade para refletir sobre o Ensino Médio. **EccoS Revista Científica**, v. 12, n. 1, p. 51–67, 2010. DOI: 71518577003.

BANDURA, A. Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 26, n. 3, p. 179–190, 1995.

BANDURA, A. Cultivate Self - efficacy for Personal and Organizational Effectiveness. In.: LOCKE, E. A. (Org.). **Handbook of principles of organization behavior**. 2nd ed. New York: Wiley, p. 179-200. 2009.

BANDURA, A. **Self-efficacy**: The exercise of control. New York: W. H. Freeman, 1997. 604p.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 94, n. 2, p. 191-215, 1977.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.

BANDURA, A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. **Journal of Management**, v. 38, n. 1, p. 9–44, 2012.

BANDURA, A. Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. **Educational Psychologist**, v. 28, n. 2, p. 117–148, 1993. DOI: 10.1207/s15326985ep2802\_3.

BARBOSA, M. A. A influência dos paradigmas cartesiano e emergente na abordagem do processo saúde-doença. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 29, n. 2, p.133-140, 1995.

BARBOSA, L. N. F.; ASFORA, G. C. A.; MOURA, M. C. DE. Anxiety and depression and psychoactive substance abuse in university students. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2020. DOI: 10.11606//issn.1806-6976.smad.2020.155334.

BARRETO, A. C. Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 2, p. 275-293, 2016.

BARROS, M.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. C. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 112, p. 1–9, 2010.

BASTOS, J. L.; BARROS, A. J. D.; CELESTE, R. K.; PARADIES, Y.; FAERSTEIN, E. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 175–186, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00163812.

BAYRAM, N.; BILGEL, N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, n. 8, p. 667–672, 2008. DOI: 10.1007/s00127-008-0345-x.

BICA, F.; VERDIN, R.; VICARI, R. M. Projeto de um agente Fuzzy para inferir a auto-eficácia do aluno no contexto de sistemas tutores inteligentes. **IEEE Latin America Transactions**, v. 4, n. 6, p. 423–428, 2006. DOI: 10.1109/TLA.2006.4472147.

BOSSCHER, R. J.; SMIT, J. H. Confirmatory factor analysis of the general self-efficacy scale, **Behaviour Research and Therapy**, v. 36, p. 339-343, 1998.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA, J. R. C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.

BRANDTNER, M.; BARDAGI, M. Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 81-91, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**. Brasília: Funasa, 2007. 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do Trabalho em Saúde**. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS, 2006. 34 p.

BRAY, S. R. Self-efficacy for coping with barriers helps students stay physically active during transition to their first year at a university. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 78, n. 2, p. 61-70, 2007. DOI: 10.1080/02701367.2007.10599404.

BRIEN, T. M.; THOMBS, D. L.; MAHONEY, C. A.; WALLNAU, L. Dimensions of Self-Efficacy among Three Distinct Groups of Condom Users. **Journal of American College Health**, v. 42, n. 4, p. 167-174. 1994. DOI: 10.1080/07448481.1994.9939665.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do Desenvolvimento Humano**: Tornando os Seres Humanos mais Humanos. Tradução técnica: André de Carvalho-Barreto. Revisão técnica: Sílvia Helena Koller. – 1ª. Ed. Artmed. 2012.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. **Psychological Review**, v. 101, n. 4, p. 568-586, 1994. DOI: 10.1037/0033-295X.101.4.568.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The Bioecological Model of Human Development. In: LERNER, R. M. **Theoretical Models of Human Development**. Handbook of Child Psychology, vol. 1. Nova York: John Wiley Hoboken, 2006.

BZUNECK, J. A. As crenças de auto-eficácia e o seu papel na motivação do aluno. In: E. BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A. (Org.). **A Motivação do Aluno: Contribuições Da Psicologia Contemporânea**. Petrópolis: Editora Vozes, p. 116-133, 2009.

BZUNECK, J. A. As crenças de autoeficácia dos professores. In.: Sisto, F. F.; Oliveira, G. C.; Fini, L. D. T. (Org.) **Leituras de Psicologia para Formação de Professores**. Petrópolis: Editora Vozes, p. 115-134, 2000.



CAHUAS, A.; HE, Z.; ZHANG, Z.; CHEN, W. Relationship of physical activity and sleep with depression in college students. **Journal of American College Health**, p. 1–8, 2019. DOI: 10.1080/07448481.2019.1583653.

CAPRA, F.; LUISI, P. L. **A visão sistêmica da vida**: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. Tradução: Mayra Teruya Eichemberg, Newton Roberval Eichemberg. – São Paulo/SP: Cultrix, 2014. 700 p.

CARLETO, C. T.; MOURA, R. C. D.; SANTOS, V. S.; PEDROSA, L. A. K. Adaptação à universidade e transtornos mentais comuns em graduandos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, p. 01–11. 2018. DOI: 10.5216/ree.v20.43888.

CARVALHO, E. A.; BERTOLINI, S. M. M. G.; MILANI, R. G.; MARTINS, M. C. Índice de ansiedade em universitários ingressantes e concluintes de uma instituição de ensino superior. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 1290–1298, 2015. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v14i3.23594.

CASIRAGHI, B.; BORUCHOVITCH, E.; ALMEIDA, L. S. Crenças de autoeficácia, estratégias de aprendizagem e o sucesso acadêmico no Ensino Superior. **Revista E-Psi**, v. 9, n. 1, p. 27-38, 2020.

CASSELL, E. J. **The nature of suffering and the goals of medicine**. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.

CASTRO, V. R. Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior. **Revista Gestão em Foco**, 9. ed., p. 380–401, 2017.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; AZEVEDO, H. V. P.; RAMOS, M. D. M. Preconceito e saúde mental: estresse de minoria em jovens universitários. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 12, n. 2, p. 7–21, 2020. DOI: 10.18256/2175-5027.2020.v12i2.3523.

CHAREST, M.; KLEINPLATZ, P. J.; LUND, J. I. Sexual health information disparities between heterosexual and LGBTQ+ young adults: Implications for sexual health. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, v. 25, n. 2, 2016. DOI: 10.3138/cjhs.252-A9.

CHEN, J. A.; STEVENS, C.; WONG, S. H. M.; LIU, C. H. Psychiatric symptoms and diagnoses among U.S. college students: a comparison by race and ethnicity. **Physiology & behavior**, v. 70, n. 6, p. 442–449, 2019. DOI: 10.1176/appi.ps.201800388.

CHERNOMAS, W. M.; SHAPIRO, C. Stress, depression, e anxiety among undergraduate nursing students. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, v. 10, n. 1, p. 255–266, 2013. DOI: 10.1515/ijnes-2012-0032.

CLEMENTE, A. Diálogos entre saúde mental e homossexualidade: notas sobre produção de subjetividade, sofrimento e opressão. **REBEH - Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 2, n. 1, 2019.

COUTO, R. C.; PEDROSA T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. **Infecção Hospitalar**: Epidemiologia, Controle, Gestão para a Qualidade. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: Medsi, 1999.

CRUZ, S. P. C.; RODRIGUES, P. C. O. Estratégias de *Coping* em estudantes do ensino superior. In: RODRIGUES, P. C. O.; DE SOUZA, S. C. (Org). **Saúde mental do estudante universitário: uma coletânea de estudos descritivos**. Nova Xavantina: Pantanal. 2021. p. 35–44. DOI: 10.46420/9786588319758cap5.

CUNHA, J. V. A. DA; JÚNIOR, E. B. C.; LUCA, M. M. M. DE. **Modéstia de Alunos de Graduação em Ciências Contábeis sobre o Desempenho Acadêmico**: Uma Análise pela Ótica da Teoria da Autoeficácia. In: Anais do Congresso USP de Controladoria e Contabilidade. São Paulo: FEA-USP, 2010. Disponível em: <[http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe\\_de\\_Desarrollo\\_Social\\_2020.pdf%0Ahttp://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/44540/44554](http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2020.pdf%0Ahttp://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/44540/44554)>. Acesso em: 10 fev. 2022.

DA SILVA, T. F.; RODRIGUES, P. C. O. Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em estudantes universitários. In: RODRIGUES, P. C. O.; DE SOUZA, S. C. (Org). **Saúde mental do estudante universitário: uma coletânea de estudos descritivos**. Nova Xavantina: Pantanal. 2021. p. 27–34. DOI: 10.46420/9786588319758cap4.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. Tradução técnica: Lori Viali. – 7. ed. Porto Alegre: Penso, 2019. 588 p.

DE SOUZA, S. C.; RODRIGUES, P. C. O. Fatores acadêmicos associados à prevalência de sintomas de ansiedade e depressão dos estudantes do ensino superior. In: RODRIGUES, P. C. O.; DE SOUZA, S. C. (Org). **Saúde mental do estudante universitário: uma coletânea de estudos descritivos**. Nova Xavantina: Pantanal. 2021. p. 55–67. DOI: 10.46420/9786588319758cap7.

DEVONPORT, T. J.; LANE, A. M. Relationships between self-efficacy, *coping* and student retention. **Social Behavior and Personality**, v. 34, n. 2, p. 127–138, 2006. DOI: 10.2224/sbp.2006.34.2.127.

DYRBYE, L. N.; THOMAS, M. R.; EACKER, A.; HARPER, W.; MASSIE JR, F S.; POWER, D.V.; HUSCHKA, M.; NOVOTNY, P. J.; SLOAN, J. A.; SHANAFELT, T. D. Race, ethnicity, and medical student well-being in the United States. **Archives of Internal Medicine**, v. 167, n. 19, p. 2103–2109, 2007. DOI: 10.1001/archinte.167.19.2103.

ERIKSON, E. **Identidade, juventude e crise**. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: Zahar, 1976. (Original publicado em 1968).

ERSÖZ, G. The role of university students' general self-efficacy, depression and psychological well-being in predicting their exercise behavior. **Journal of Education and Training Studies**, v. 5, n. 3, p. 110–117, 2017. DOI: 10.11114/jets.v5i3.2209.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M., Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 19, p. 847-852, 2014.

FARINHUK, P. S.; SAVARIS, L. E.; FRANCO, R. S. Transtorno mental e sofrimento psíquico: representações sociais de profissionais da Atenção Básica à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e24010313267, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13267.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. **Manual de Análise de Dados - Estatística e Modelagem Multivariada com Excel, SPSS e Stata**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 1155 p. ISBN: 878-85-277-3606-0.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 703–715, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200024.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando SPSS**. Tradução: Lorí Viali. – 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2020. 1058 p.

FILHO, N. A.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 700 p.

FOLKMAN, S; LAZARUS, R. S. If it changes it must be a process : study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, n. 1, p. 150-170, 1985.

FONSECA, E. P. A. M. Auto-eficácia acadêmica. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 2, n. 1, p. 331–335, 2009.

FONTES, A. P.; AZZI, R. G. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 1, p. 105–114, 2012.

FRANCIS, B.; GILL, J. S.; YIT HAN, N.; PETRUS, C. F.; AZHAR, F. L.; AHMAD SABKI, Z.; SAID, M. A.; ONG HUI, K.; CHONG GUAN, N.; SULAIMAN, A. H. Religious *coping*, religiosity, depression and anxiety among medical students in a multi-religious setting. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 259, p. 1–13, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16020259.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido (O Manuscrito)**. Organização e revisão: Jason Ferreira Mafra; José Eustáquio Romão; Moacir Gadotti. 1. ed. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire: Universidade Nove de Julho (UNINOVE): Big Time Editora/BT Acadêmica. 2018.

GALLAGHER, M. W. **Self-Efficacy**. 2. ed. Lawrence, Kansas, USA: Elsevier Inc., 2012. DOI: 10.1016/B978-0-12-375000-6.00312-8.

GOMES, C. F. M.; Pereira Junior, R. J.; Cardoso, J. V.; Silva, D. A. Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: abordagem epidemiológica sobre vulnerabilidades. **SMAD – Revista eletrônica de saúde mental, álcool e droga**, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2020. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.157317.

GONÇALVEZ, A. M. **Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: prevalência e fatores associados**. 2014. 329 folhas. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Universidade do Porto.

GONÇALVES, M. P. G.; SIPAÚBA, J. S.; QUEIROZ JÚNIOR, J. V.; MOUSINHO, J. M. R. P.; AGUIAR FILHO, U. N. Influência do tempo de estudo no rendimento do aluno universitário. **Revista Fundamentos**, v. 2, n. 2, 2015.

GOUVÊA, F. C. Análise da auto-eficácia em atletas de modalidades individuais e coletivas. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 2, n. 2, p. 45–60, 2003.

GUERRA, F. M. R. M.; COSTA, C. K. F.; BERTOLINI, S. M. M. G.; MARCON, S. S.; PARRÉ, J. L. Tobacco consumption among college students: a systematic review. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 558–565, 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.558-565.

GUERREIRO-CASANOVA, D. C.; POLYDORO, S. A. J. Autoeficácia na formação superior: percepções durante o primeiro ano de graduação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 1, p. 50–65, 2011.

GUIMARÃES, J. M. C.; VIEIRA, R. S.; OLIVEIRA, V. L.; CARNEIRO, R. S. Habilidades sociais e autoeficácia em universitários. **Polêmica - Revista Eletrônica da UERJ**, v. 19, n. 2, p. 37–49, 2019. DOI: 10.12957/polemica.2019.47378.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. **Análise Multivariada de Dados**. Revisão técnica Maria Aparecida Gouvêa; tradução Adonai Schlup Sant'Anna. 6. ed. – Porto Alegre: Bookman, 2009. p. 682.

HUNT, J. B.; EISENBERG, D.; LU, L.; GATHRIGHT, M. Racial/ethnic disparities in mental health care utilization among U.S. college students: Applying the institution of medicine definition of health care disparities. **Academic Psychiatry**, n. 39, p. 520–526, 2015. DOI: 10.1007/s40596-014-0148-1.

HWANG, W-C.; GOTO, S. The Impact of Perceived Racial Discrimination on the Mental Health of Asian American and Latino College Students. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**, v. 14, n. 4, p. 326–335, 2008. DOI: 10.1037/1099-9809.14.4.326.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **História de Mato Grosso**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/historico>>. Acesso em: 10 out. 2020.

JALILIAN, F.; EMDADI, S.; KARIMI, M.; BARATI, M.; GHARIBNAVAZ, H. Depression among Collage Students The Role of General Self-Efficacy and Perceived Social Support. **Avicenna Journal of Clinical Medicine**. v. 18, n. 4, p. 60-66. 2012.

JEOUNG, B. J.; HONG, M.-S.; LEE, Y. C. The relationship between mental health and health-related physical fitness of university students. **Journal of Exercise Rehabilitation**, v. 9, n. 6, p. 544–548, 2013. DOI: 10.12965/jer.130082.

JOSEPH, R. P.; ROYSE, K. E.; BENITEZ, T. J.; PEKMEZI, D. W. Physical activity and quality of life among university students: Exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. **Quality of Life Research**, v. 23, n. 2, p. 661–669, 2014. DOI: 10.1007/s11136-013-0492-8.

KEAR, M. E. Psychosocial determinants of cigarette smoking among college students. **Journal of Community Health Nursing**, v. 19, n. 4, p. 245–257, 2002. DOI: 10.1207/S15327655JCHN1904\_05.

KUHN, F. **Fontes de autoeficácia docente na formação inicial em educação física**. 2017. 128 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 2017.

LARROSA, J. B. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Tradução: João Wanderley Geraldi. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20–28, 2002.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984. 460 p.

LEE, J.; LEE, S. The relationship between Life stress and depression in university students: mediating effect of self-efficacy. **The Korean Journal of Health Service Management**, v. 10, n. 4, p. 239–248, 2016. DOI: 10.12811/kshsm.2016.10.4.239.

LIU, H.; DAI, X. Correlation between physical activity and self-efficacy in Chinese university students. *Revista de Psicologia del Deporte*, v. 26, n. 4, p. 110–114, 2017.

LOPES, I. F.; MEURER, A. M.; COLAUTO, R. D. Estratégias de Coping adotadas por discentes de contabilidade. **Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade (REPeC)**, v. 14, n. 2, p. 195–220, 2020. DOI: 10.17524/repec.v14i2.2488.

LOPES, I. F.; MEURER, A. M.; VOESE, S. B. Efeito Das Crenças De Autoeficácia No Comportamento Cidadão E Contraproducente Dos Acadêmicos De Contabilidade. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, v. 11, n. 3, p. 517–531, 2018. DOI: 10.14392/asaa.2018110309.

LUSZCZYNSKA, A.; GUTIÉRREZ-DOÑA, B.; SCHWARZER, R. General self-efficacy in various domains of human functioning: evidence from five countries. **International Journal of Psychology**, v. 40, n. 2, p. 80–89, 2005. DOI: 10.1080/00207590444000041.

MAMEDE, S. P. N.; MARQUES, A. V. C.; ROGERS, P.; MIRANDA, G. J. Determinantes Psicológicos do Desempenho Acadêmico em Ciências Contábeis: Evidências do Brasil. **BBR - Brazilian Business review**, n. 034, p. 54–75, 2015.

MARTÍNEZ MALDONADO, R.; PEDRÃO, L. J.; CASTILHO, M. M. A.; GARCÍA, K. S. L.; RODRÍGUEZ, N. N. O. Auto-estima, auto-eficácia percebida, consumo de tabaco e álcool entre estudantes do ensino fundamental, das áreas urbana e rural, de Monterrey, Nuevo León, México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. spe, 2008.

MARTÍNEZ, I. M. M.; SORIA, M. S. Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. **Estudios financieros.**, v. 45, n. 279, p. 175–202, 2006.

MATOS, M. M.; IAOCHITE, R. T. Fontes de constituição das crenças de autoeficácia docente de pós-graduandos em engenharia. In.: Monteiro, S. A. S. (Org.). **Formação docente: princípios e fundamentos 3**. Ponta Grossa/PR: Atena Editora, 2019, p. 280–288. DOI 10.22533/at.ed.70519300525.

MATURANA, H. R. **El sentido de lo humano**. 8. ed. Santiago/Chile: Dolmen Ediciones, 1996. 315 p.

MCAULEY, E.; BLISSMER, B. Self-efficacy determinants and consequences of physical activity. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, v. 28, n. 2, p. 85–88, 2000.

MCGUIRE, T. G.; MIRANDA, J. Racial and ethnic disparities in mental health care: evidence and policy implications. **Health Affairs**, v. 27, n. 2, p. 393–403, 2008. DOI: 10.1377/hlthaff.27.2.393.

MEDEIROS, P. P.; BITTENCOURT, F. O. Fatores associados à Ansiedade em Estudantes de uma Faculdade Particular. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 33, p. 43-55, 2017.

MELO, H. E.; EID, L. P.; SOUZA, M. R.; SEQUEIRA, C. A. C.; SOUZA, M. G. G.; POMPEO, D. A. Impacto dos sintomas de ansiedade e depressão na autoeficácia percebida em estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, n. eAPE01113, p. 1–8, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021ao01113.

MENESES, P. P. M.; ABBAD, G. Preditores individuais e situacionais de auto e heteroavaliação de impacto do treinamento no trabalho. **Revista de Administração Contemporânea - RAC**, v. 7, p. 185–204, 2003.

MESQUITA, A. M.; LEMES, A. G.; CARRIJO, M. V. N.; MOURA, A. A. M.; COUTO, D. S.; ROCHA, E. M.; VOLPATO, R. J. Depressão entre estudantes de cursos da área da saúde de uma Universidade em Mato Grosso. **Journal Health NPEPS**, v. 1, n. 2, p. 218-230, 2016.

MEURER, A. M.; LOPES, I. F.; COLAUTO, R. D. Autoeficácia, estratégias de coping e os efeitos das relações interpessoais e organizacionais de discentes de Ciências Contábeis. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 33, n. 1, p. 198–220, 2020.

MICHELATOYOSHIY, S.; KIENEN, N. Gerenciamento de tempo: uma interpretação analítico-comportamental. **Revista Psicologia da Educação**, v. 1, n. 47, p. 67–77, 2018. DOI: 10.5935/2175-3520.20180019.

MINAYO, M. C. S. Correntes de pensamentos. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MIRZA, A. A.; BAIG, M.; BEYARI, G. M.; HALAWANI, M. A.; MIRZA, A. A. Depression and anxiety among medical students: a brief overview. **Advances in Medical Education and Practice**, v. 12, p. 393–398, 2021. DOI: 10.2147/AMEP.S302897.

MORAIS, C. A.; AMPARO, D. M.; FUKUDA, C. C.; BRASIL, K. T. Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 369-379, 2012.

MORAIS, N. A. **Um estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: o ponto de vista de adolescentes, profissionais de saúde e educadores**. 2005. 165 f. Dissertação

(Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS.

MORALES DOMÍNGUEZ, Z.; DÍAZ BATANERO, C.; GARRIDO MUÑOZ DE ARENILLAS, M.; PASCUAL ORTS, L. Autoeficacia y consumo de tabaco en estudiantes universitarios. **Apuntes de Psicología**, v. 29, n. 3, p. 459–470, 2011.

MOREIRA, M. A.; RODRIGUES, P. C. O.; LIMA, J. C. Ansiedade e padrão do sono de estudantes de graduação. In: RODRIGUES, P. C. O.; DE SOUZA, S. C. (Org). **Saúde mental do estudante universitário: uma coletânea de estudos descritivos**. Nova Xavantina: Pantanal. 2021. p. 20–26. DOI: 10.46420/9786588319758cap3.

MORRIS, D. B.; USHER, E. L.; CHEN, J. A. Reconceptualizing the Sources of Teaching Self-Efficacy : a Critical Review of Emerging Literature. **Educ Psychol Rev**, v. 29, p. 795–833, 2017. DOI: 10.1007/s10648-016-9378-y.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7. ed. Florianópolis: Ed. pelo autor. 2017. 354 p.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, S. H. **Ecologia do desenvolvimento humano, pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 237–244, 2007.

NEVES, S. P.; FARIA, L. Auto-conceito e autoeficácia: Semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, v. 6, p. 206–218, 2009.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Saúde mental e qualidade de vida de estudantes universitários. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 334–337, 2018. DOI: 10.17267/2317-3394rpds.v7i3.2086.

NUNES, M. F. O. Funcionamento e desenvolvimento das crenças de autoeficácia: Uma revisão. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 9, n. 1, p. 29–42, 2008. DOI: 203016830004.

OLIVEIRA, C. C. Para compreender o sofrimento humano. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 225–234, 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016242122.

OLIVEIRA, T. F.; SILVA, N.; BARDAGI, M. P. Aspectos históricos e epistemológicos sobre crenças de autoeficácia: uma revisão da literatura. **Barbarói**, n. 51, p. 133–153, 2018.

OMS - Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. In: **Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición**, [s.l.: s.n.], 2006, p. 1-20. Disponível em: <[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1)>. Acesso em: 10 jan. 2020.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **The Global Health Observatory: Mental health**. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

PAJARES, F. **Overview of social cognitive theory and of self-efficacy**. Emory, 2002. Disponível em: <[www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html](http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html)>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PARDAVILA-BELIO, M. I.; LIZARBE-CHOCARRO, M.; CANGA-ARMAYOR, N. Actitudes, autoeficacia e intención hacia la cesación tabáquica en universitarios españoles. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v. 42, n. 1, p. 41–47, 2019. DOI: 10.23938/ASSN.0588.

PARSCHAU, L.; FLEIG, L.; KORING, M.; LANGE, D.; KNOLL, N.; SCHWARZER, R.; LIPPKE, S. Positive experience, self-efficacy, and action control predict physical activity changes: A moderated mediation analysis. **British Journal of Health Psychology**, v. 18, p. 395–406, 2013. DOI: 10.1111/j.2044-8287.2012.02099.x.

PEDROSA, A. A. S.; CAMACHO, L. A. B.; PASSOS, S. R. L.; OLIVEIRA, R. V. C. Consumo de álcool entre estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1611–1621, 2011.

PELUSO, M. A. M.; ANDRADE, L. H. S. G. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **CLINICS**, v. 60, n. 1, p. 61–70, 2005.

PERARA, M. A. R. Autoeficácia: Su Valor Para La Psicoterapia Cognitivo Conductual. Self Efficacy. Its Importance for the Cognitive Behavioral Therapy. **Revista Cubana de Psicología**, v. 19, n. 3, p. 195–200, 2002.

PEREIRA, F. E. L.; REZENDE, A. C. C.; TOLEDO, M. A.; BEZERRA, A. D.; SUÁREZ, L. A. B.; SOUZA, J. H.; SOUSA, M. N. A. Estresse, depressão e a relação com o “*coping*” em acadêmicos de medicina. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. sup., n. 55, p. 1–8, 2020. DOI: 10.25248/reas.e4077.2020.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia - Teoria e Prática**. [21.<sup>a</sup> Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 576 p. ISBN: 978-85-352-7087-7.

PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE. **Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report**. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2018.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 3, p. 405–416, 2008. DOI: 10.1590/s0103-166x2008000300009.

POLYDORO, S. A. J.; GUERREIRO-CASANOVA, D. C. Escala de auto-eficácia na formação superior: construção e estudo de validação. **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 2, p. 267–278, 2010.

REIS, A. L. P. P.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p. 712–725, 2010. DOI: 10.1590/s1414-98932010000400004.



REIS, C. F.; MIRANDA, G. J.; FREITAS, S. C. Ansiedade e desempenho acadêmico: um estudo com alunos de Ciências Contábeis. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, v. 10, n. 3, p. 319–333, 2017.

RODRIGUES, P. C. O.; DE SOUZA, S. C. **Saúde mental do estudante universitário: uma coletânea de estudos descritivos**. Nova Xavantina: Pantanal, 2021. 74 p. DOI: 10.46420/9786588319758.

RODRIGUES, P. C. O.; REVERDITO, R. S.; VIEIRA, P. A. S. Estudantes que praticam atividade física podem apresentar melhores estratégias de adaptação. *In*: OLIVEIRA, B. R.; ZUFFO, A. M.; AGUILERA, J. G.; PEÑA; ARIS VERDECIA; ZUFFO, R. E. L. (Org.). **Ciência em foco: Volume V**. Nova Xavantina: Pantanal, p. 82–91. 2021. DOI: 10.46420/9786588319956cap9.

RODRÍGUEZ-ROSETO, J. E.; FERRIANI, M. DAS G. C.; DELA COLETA, M. F. Escala de locus de controle da saúde - MHLC: estudos de validação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 179–184, 2002. DOI: 10.1590/s0104-11692002000200009.

SAKAE, T. M.; PADÃO, D. L.; JORNADA, L. K. Sintomas depressivos em estudantes da área da saúde em uma Universidade no Sul de Santa Catarina – UNISUL. **Revista da AMRIGS**, v. 54, n. 1, p. 38–43, 2010.

SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, R. G.; SILVA, D. M. G. V.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN I. T. S. B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 01, p. 224-230. Florianópolis/SC. 2013.

SAMPAIO, R. K. N.; POLYDORO, S. A. J.; ROSÁRIO, P. S. L. F. Autorregulação da aprendizagem e a procrastinação acadêmica em estudantes universitários. **Cadernos de Educação**, n. 42, p. 119–142, 2012.

SANTOS, A. A. A.; POLYDORO, S. A. J.; SCORTEGAGNA, S. A.; LINDEN, M. S. S. Integração ao ensino superior e satisfação acadêmica em universitários. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 4, p. 780–793, 2013.

SANTOS, F. C.; RAMOS, M. F. H.; SILVA, E. P. A Autorregulação da Aprendizagem e Autoeficácia Acadêmica: contribuições para o contexto educacional. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. 1–13, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.6526.

SANTOS, A. A. A.; ZANON, C.; ILHA, V. D. Autoeficácia na formação superior: seu papel preditivo na satisfação com a experiência acadêmica. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 36, n. e160077, p. 1–9, 2019. DOI: 10.1590/1982-0275201936e160077.

SAVASTANO, H. Abordagem do binômio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema: implicações em saúde pública. **Revista de Saude Pública**, v. 14, p. 137–142, 1980. DOI: 10.1590/s0034-89101980000100011.

SAWATZKY, R. G.; RATNER, P. A.; RICHARDSON, C. G.; WASHBURN, C.; SUDMANT, W.; MIRWALDT, P. Stress and depression in students: the mediating role of stress

management self-efficacy. **Nursing Research**, v. 61, n. 1, p. 13–21, 2012. DOI: 10.1097/NNR.0b013e31823b1440.

SCHÖNFELD, P.; BRAILOVSKAIA, J.; BIEDA, A.; ZHANG, XIAO C.; MARGRAF, J. The effects of daily stress on positive and negative mental health: mediation through self-efficacy. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 16, n. 1, p. 1–10, 2016. DOI: 10.1016/j.ijchp.2015.08.005.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007.

SEANGPRAW K, SRESUMATCHAI V. Knowledge, attitude, perceived self-efficacy and behavior related to sexual risk behavior among university students in North Thailand. **Journal Health Research**. v. 30, n. 2, p. 127-137. 2016. DOI: 10.14456/jhr.2016.18.

SELAU, F. F.; ESPINOSA, T.; ARAUJO, I. S.; VEIT, E. A. Fontes de autoeficácia e atividades experimentais de física: um estudo exploratório. **Sociedade Brasileira de Ensino de Física**, v. 41, n. 2, p. 1–9, 2019.

SELIGMAN, M. E. P. **Florescer**: Uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar. Rio de Janeiro/RJ: Objetiva, 2011.

SEQUEIRA, C.; SÁ, L.; CARVALHO, J. C.; SAMPAIO, F. Impacto da crise financeira e social na saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 14, p. 72–76, 2015. DOI: 10.19131/rpesm.0108.

SHAMSUDDIN, K.; FADZIL, F.; ISMAIL, W. S. W.; SHAH, S. A.; OMAR, K.; MUHAMMAD, N. A.; JAFFAR, A.; ISMAIL, A.; MAHADEVAN, R. Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 6, n. 4, p. 318–323, 2013. DOI: 10.1016/j.ajp.2013.01.014.

SILVA, O. CALDEIRA, S. N.; SOUSA, A.; MENDES, M. Estratégias de *Coping* em estudantes do ensino superior. **Revista E-Psi**, v. 9, n. 1, p. 118–136, 2020.

SILVA, R. S.; COSTA, L. A. Prevalência dos transtornos mentais comuns entre estudantes universitários da área da saúde. **Revista de Psicologia**, v. 15, n. 23, p. 105-112, 2012.

SILVA, A. O.; NETO, J. L. C. Associação entre níveis de atividade física e transtorno mental comum em estudantes universitários. **Motricidade**, v. 10, n. 1, p. 49–59, 2014. DOI: 10.6063/motricidade.10(1).2125.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 1–19, 2019. 10.1590/S0103-73312019290102.

SOUSA, C. P. F. **Consumo de álcool na transição do ensino secundário para o ensino superior**. 2018. 98 f. Dissertação (Mestrado em Estudos da Criança) - Universidade do Minho - Instituto da Educação.

SOUZA, A. B. DE.; ALVES, G. D.; SILVEIRA, L. A.; OLIVEIRA, L. C.; LAZZARETTI, L. N.; BATTISTI, S. C.; CARLESSO, J. P. P. Os impactos do preconceito social e familiar na saúde mental das lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. 1–18, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i4.2760.

SOUZA, M. V. C.; LEMKUHL, I.; BASTOS, J. L. Discriminação e sofrimento psíquico de graduandos da Universidade Federal de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 3, p. 525–537, 2015. DOI: 10.1590/1980-5497201500030001.

SOUZA, M. S.; PORCIÚNCULA, M. Crença de autoeficácia estatística de graduandos. **XXI Encontro Nacional de Educação Matemática - ENEM**, n. 2002, 2016.

SOUZA, F. Y. B. A.; REZENDE, M. M.; AVOGLIA, H. R. C. Bem-Estar subjetivo, autoeficácia e consumo de álcool em estudantes de psicologia. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 85267–85289, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n8-641.

SPADARO, K. C.; HUNKER, D. F. Exploring the effects of an online asynchronous mindfulness meditation intervention with nursing students on stress, mood, and cognition: a descriptive study. **Nurse Education Today**, v. 39, p. 163–169, 2016. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.02.006.

SUEHIRO, A. C. B.; ANDRADE, K. S. Satisfação com a experiência acadêmica: um estudo com universitários do primeiro ano. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 1–10, 2018. DOI: 10.24879/2018001200200147.

TAQUES, B. T.; RODRIGUES, P. C. O.; LIMA, J. C. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes da saúde. In: RODRIGUES, P. C. O.; DE SOUZA, S. C. (Org). **Saúde mental do estudante universitário: uma coletânea de estudos descritivos**. Nova Xavantina: Pantanal. 2021. p. 45–53. DOI: 10.46420/9786588319758cap6.

TEIXEIRA, M. O.; COSTA, C. J. Fontes de autoeficácia em estudantes do ensino superior. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 19, n. 2, p. 143–155, 2018.

TEIXEIRA, M. O. Uma medida de auto-eficácia percebida em contextos sociais e acadêmicos. **Psychologica**, n. 51, p. 47–55, 2009. DOI: 10.14195/1647-8606\_51\_4.

TELCH, M. J.; BANDURA, A.; VINCIGUERRA, P.; AGRAS, A.; STOUT, A. L. Social demand for consistency and congruence between self-efficacy and performance. **Behavior Therapy**, v. 13, p. 694–701, 1982.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. Revisão técnica Isabel Cristina Fonseca Cruz; tradução Douglas Arthur Omena Futuro, *et al.* 7. ed. - [Reimpr.] - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, p. 956.

TSANG, S. K. M.; HUI, E. K. P.; LAW, B. C. M. Self-efficacy as a positive youth development construct: A conceptual review. **The Scientific World Journal**, p. 1–7, 2012.

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora. **Especialistas refletem sobre adoecimento psíquico no meio universitário**. 2018. Disponível em:

<[https://www2.ufjf.br/noticias/2018/09/18/especialistas-refletem-sobre-adoecimento-psiquico-no-meio->](https://www2.ufjf.br/noticias/2018/09/18/especialistas-refletem-sobre-adoecimento-psiquico-no-meio-). Acesso em: 03 set. 2011.

UNEMAT - Universidade do Estado de Mato Grosso. **Histórico da Unemat**. 2020. Disponível em: <<http://portal.unemat.br/?pg=universidade&conteudo=1>>. Acesso em: 10 out. 2020.

VANKIM, N. A.; NELSON, T. F. Vigorous physical activity, mental health, perceived stress, and socializing among college students. **American Journal of Health Promotion**, v. 28, n. 1, p. 7–15, 2013. DOI: 10.4278/ajhp.111101-QUAN-395.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 11 ed. Campinas/SP: Papyrus, 2018. 272 p.

VASCONCELOS, T. C.; DIAS, B. R. T.; ANDRADE, L. R.; MELO, G. F.; BARBOSA, L.; SOUZA, E. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 135–142, 2015.

VILLAMARÍN CID, F. Papel de la Autoeficacia en los Trastornos de Ansiedad y Depresion. **Análisis y Modificación de Conducta**, v. 16, n. 47, p. 55–79, 1990.

VON AH, D.; EBERT, S.; NGAMVITROJ, A.; PARK, N.; KANG, D. Factors related to cigarette smoking initiation and use among college students. **Tobacco Induced Diseases**, v. 3, n. 1, p. 27–40, 2005.

VYGOTSKY, L. S. Aprendizagem e Desenvolvimento Intelectual na Idade Escolar. In: VYGOTSKY, L. S. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone, 1988.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. 4. ed. São Paulo: [s.n.]. Organizadores: Michael Cole; Vera John-Steiner; Sylvia Scribner; Ellen Souberman Tradução: José Cipolla Neto; Luis Silveira Menna Barreto; Solange Castro Afeche. 1991, 90p.

WALLACE, L. S.; BUCKWORTH, J.; KIRBY, T. E.; SHERMAN, W. M. Characteristics of exercise behavior among college students: Application of social cognitive theory to predicting stage of change. **Preventive Medicine**, v. 31, n. 5, p. 494–505, 2000. DOI: 10.1006/pmed.2000.0736.

WERKEMA, C. **Inferência Estatística - Como Estabelecer Conclusões com Confiança no Giro do PDCA e DMAIC**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 280 p. ISBN: 978-85-352-5431-0.

WHO – World Health Organization. **Physical activity**. 2022. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/physical\\_activity/en/](http://www.who.int/topics/physical_activity/en/)>. Acesso em: 25 mar. 2022.

WHO – World Health Organization. **Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Tradução - Climepsi Editores. Lisboa: World Health Organization, 2002, p. 206.

YUNES, M. A. M.; JULIANO, M. C. A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas Interfaces com Educação Ambiental. **Cadernos de Educação**, v. 37, p. 347-379, 2010.

ZABALZA, M. A. **O ensino Universitário**: seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed, 2004. 237 p.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238–246, 2015. DOI: 10.1590/1984-0292/1483.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta psychiatrica scandinavica**, v. 67, p. 361-370, 1983.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ONLINE**

Este é um convite para você participar da pesquisa "Saúde mental é essencial", que tem como objetivo analisar a prevalência dos sinais e sintomas de depressão e ansiedade em acadêmicos da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT).

Responder a esta pesquisa não envolverá quaisquer riscos significativos à saúde física e mental. Os desconfortos são mínimos como dedicar tempo para preenchimento do questionário e a expressão da sua opinião. O questionário deverá ser respondido individualmente e terá a duração de aproximadamente 15 minutos. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes, focalizando o seu conteúdo geral.

Você não terá benefícios financeiros ao participar desta pesquisa, mas contribuirá para o conhecimento da prevalência de sofrimento psíquico em alunos e professores desta instituição, bem como no subsídio de ações de promoção, prevenção e cuidado com a saúde mental dos mesmos. Além disso, ao finalizar o questionário você receberá um feedback imediato sobre seu nível de ansiedade e depressão, possibilitando o autoconhecimento e permitindo que você encontre e avalie estratégias pessoais para lidar com o seu próprio estresse.

É importante ressaltar que você tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas através do e-mail: [saudementaleessencial@gmail.com](mailto:saudementaleessencial@gmail.com), através do site do projeto: [www.saudementaleessencial.com.br](http://www.saudementaleessencial.com.br), ou no Comitê de Ética em Pesquisa da UNEMAT, nos seguintes endereços: Avenida Tancredo Neves, 1095 - Cavanhada 2, CEP 78200-000 - Cáceres, MT – Brasil, e-mail: [cep@unemat.br](mailto:cep@unemat.br), Telefone: (65) 3221-0067.

Ao assinalar a opção “aceito participar”, a seguir, você atesta sua concordância com esta pesquisa, declarando que compreendeu os objetivos, a forma como ela será realizada e os riscos e benefícios envolvidos.

Aceito participar

**APÊNDICE B – DETALHAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES ACADÊMICOS DOS ESTUDANTES.**

<b>Variáveis</b>	<b>FA(n)</b>	<b>FR (%)</b>
<b>Raça/cor/etnia</b>		
Branca	214	31,99
Parda	327	48,88
Negra	114	17,04
Amarela	14	2,09
<b>Orientação sexual</b>		
Heterossexual	570	85,2
Homossexual	56	8,4
Bissexual	39	5,8
Assexual	02	0,3
Pansexual	02	0,3
<b>Religião</b>		
Católico	309	46,2
Evangélico	183	27,3
Sem religião/ateu	137	20,5
Cristão	10	1,5
Outros	30	4,5
<b>Semestre</b>		
1º	93	13,9
2º	59	8,8
3º	77	11,5
4º	82	12,3
5º	79	11,8
6º	58	8,7
7º	78	11,7
8º	73	10,9
9º	38	5,7
10º	23	3,4
11º	05	0,7
12º	04	0,6
<b>Período</b>		
Matutino	140	20,9
Vespertino	05	0,7
Noturno	107	16,0
Integral	417	62,3
<b>Total</b>	<b>669</b>	<b>100</b>

**APÊNDICE C – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DE ACORDO COM O CAMPUS, FACULDADE E CURSO DE INSERÇÃO.**

<i>Campus</i>	<i>Faculdades</i>	<i>Cursos</i>	<i>FA (n)</i>
<b>Alto Araguaia</b>	Ciências Exatas e Tecnológicas (FACET)	Ciências da Computação	01
	Ciências Sociais Aplicadas e da Linguagem (FACSAL)	Jornalismo	03
<b>Alta Floresta</b>	Ciências Agrárias e Biológicas (FACAB)	Engenharia Florestal	01
	Ciências Biológicas, Agrárias e Direito (FACBA)	Direito	01
<b>Barra do Bugres</b>	Arquitetura e Engenharia (FAE)	Arquitetura e Urbanismo	21
		Engenharia de Alimentos	01
	Ciências Exatas e Tecnológicas (FACET)	Engenharia de Produção Agroindustrial	01
		Ciências da Computação	06
	Ciências Sociais e Aplicadas (FACISA)	Matemática	01
		Direito	01
<b>Cáceres</b>	Ciências Agrárias e Biológicas (FACAB)	Agronomia	35
		Ciências Biológicas	13
		Educação Física	69
	Ciências da Saúde (FACIS)	Enfermagem	212
		Medicina	111
	Ciências Exatas e Tecnológicas (FACET)	Ciências da Computação	07
		Matemática	09
	Ciências Humanas (FACH)	História	28
		Geografia	26
	Ciências Sociais e Aplicadas (FACISA)	Ciências Contábeis	23
		Direito	40
	Educação e Linguagem (FAEL)	Letras	09
Pedagogia		06	
<b>Diamantino</b>	Ciências da Saúde (FACIS)	Educação Física	01
		Enfermagem	23
<b>Juara</b>	Educação e Ciências Sociais Aplicadas (FAECS)	Administração	01
		Pedagogia	02
<b>Nova Mutum</b>	Ciências Sociais Aplicadas e Agrárias (FACISAA)	Ciências Contábeis	01
		Administração	01
<b>Nova Xavantina</b>	Ciências Sociais e Aplicadas (FACISA)	Turismo	01
<b>Pontes e Lacerda</b>	Ciências Agrárias e Humanas (FACH)	Direito	02
	Ciências Agrárias e Biológicas (FACAB)	Zootecnia	01
<b>Sinop</b>	Ciências Sociais e Aplicadas (FACISA)	Ciências Contábeis	01
		Economia	02
	Educação e Linguagem (FAEL)	Pedagogia	01
<b>Tangará da Serra</b>	Ciências Biológicas, Agrárias, Engenharia e da Saúde (FACABES)	Enfermagem	01
		Engenharia Civil	01
	Ciências Sociais Aplicadas e da Linguagem (FACSAL)	Ciências Contábeis	04
		Letras	01
<b>Total</b>			<b>669</b>



**APÊNDICE D – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES POR MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA/ MATO GROSSO.**

<b>Municípios de Mato Grosso</b>	<b>FA (n)</b>	<b>FR (%)</b>
Cuiabá	47	16,85
Cáceres <sup>9</sup>	43	15,41
Pontes e Lacerda	19	6,81
Mirassol D'Oeste	18	6,45
Jauru	10	3,58
Várzea Grande	09	3,23
Porto Esperidião	08	2,87
Salto do Céu	08	2,87
Araputanga	07	2,51
Barra do Bugres	06	2,15
Rondonópolis	06	2,15
Glória D'Oeste	05	1,79
Rosário Oeste	05	1,79
Sinop	05	1,79
Tangará da Serra	05	1,79
Diamantino	04	1,43
Nobres	04	1,43
Vila Bela da Santíssima Trindade	04	1,43
Aripuanã	03	1,08
Campo Verde	03	1,08
Chapada Dos Guimarães	03	1,08
Juína	03	1,08
Peixoto de Azevedo	03	1,08
Alta Floresta	02	0,72
Alto Araguaia	02	0,72
Alto Paraguai	02	0,72
Arenópolis	02	0,72
Colíder	02	0,72
Conquista D'Oeste	02	0,72
Nova Bandeirantes	02	0,72
Nova Lacerda	02	0,72
Nova Maringá	02	0,72
Nova Mutum	02	0,72
Poconé	02	0,72
Sapezal	02	0,72
Barra do Garças	01	0,36
Campo Novo do Parecis	01	0,36
Campos de Júlio	01	0,36

<sup>9</sup> Destes, 14 estudantes residiam na Zona Rural, sendo que 05 não especificaram sua comunidade. Os outros 09 estão distribuídos em 05 Distritos, a saber: 04 na Vila Aparecida, 02 em Caramujo e 01 em Clarinópolis, Horizonte do Oeste e Roça Velha, respectivamente.

Canarana	01	0,36
Castanheira	01	0,36
Colniza	01	0,36
Comodoro	01	0,36
Guarantã do Norte	01	0,36
Jaciara	01	0,36
Juara	01	0,36
Lambari D'Oeste	01	0,36
Luciara	01	0,36
Matupá	01	0,36
Nova Marilândia	01	0,36
Novo Horizonte do Norte	01	0,36
Primavera do leste	01	0,36
Querência	01	0,36
Reserva do Cabaçal	01	0,36
Rio Branco	01	0,36
Santa Carmem	01	0,36
Santo Afonso	01	0,36
São José dos Quatro Marcos	01	0,36
Sorriso	01	0,36
Terra Nova do Norte	01	0,36
Torixoréu	01	0,36
Vera	01	0,36
Vila Rica	01	0,36
<b>Total</b>	<b>279</b>	<b>100</b>

## ANEXO A – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (EHAD)

<b>ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE</b>			
Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
<b>1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):</b>			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo [3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo [2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> Nunca [0]
<b>2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:</b>			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
<b>3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</b>			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso [0]
<b>4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas</b>			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos [1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos [2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais [3]
<b>5. Estou com a cabeça cheia de preocupações</b>			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo [3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo [2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> raramente [0]
<b>6. Eu me sinto alegre</b>			
<input type="checkbox"/> nunca [3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes [2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes [1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo [0]
<b>7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</b>			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre [0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes [1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes [2]	<input type="checkbox"/> nunca [3]
<b>8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:</b>			
<input type="checkbox"/> quase sempre [3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes [2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes [1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
<b>9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</b>			
<input type="checkbox"/> nunca [0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes [2]	<input type="checkbox"/> quase sempre [3]
<b>10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</b>			
<input type="checkbox"/> completamente [3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria [2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes [0]
<b>11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:</b>			

<input type="checkbox"/> sim, demais [3]	<input type="checkbox"/> bastante [2]	<input type="checkbox"/> um pouco [1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim [0]
<b>12. Fico animada (o) esperando as coisas boas que estão por vir</b>			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes [1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes [2]	<input type="checkbox"/> quase nunca [3]
<b>13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</b>			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento [3]	<input type="checkbox"/> várias vezes [2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> não senti isso [0]
<b>14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</b>			
<input type="checkbox"/> quase sempre [0]	<input type="checkbox"/> várias vezes [1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes [2]	<input type="checkbox"/> quase nunca [3]
RESULTADO DO TESTE			
ORIENTAÇÕES			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: [ ] questões (1,3,5,7,9,11,13) Depressão: [ ] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)	Escore: 0 – 7 pontos: improvável 8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa) 12 – 21 pontos: provável		

ANEXO B – INSTRUMENTO ADAPTADO DE *COPING*

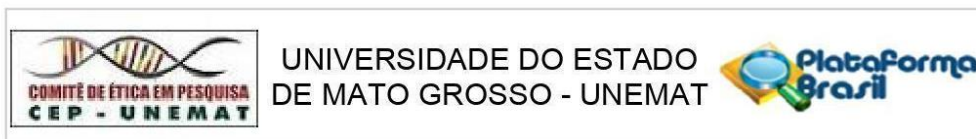
Quando eu tenho algum problema...			
<b>1. Eu discuto o problema com meus pais ou outros adultos. (Aproximação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>2. Eu tento resolvê-lo imediatamente. (Aproximação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>3. Eu costumo pensar que o pior vai acontecer. (Evitação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>4. Eu me conformo com o problema. (Evitação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>5. Eu tento falar sobre o problema com a pessoa envolvida. (Aproximação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>6. Eu me comporto como se tudo estivesse bem. (Evitação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>7. Eu não me preocupo porque tudo geralmente termina bem. (Evitação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>8. Eu penso sobre o problema e tento achar soluções alternativas. (Aproximação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>9. Eu faço que os outros querem para resolver logo o problema. (Evitação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>10. Eu descarrego a minha raiva ou desespero, gritando, chorando, batendo portas, etc. (Evitação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>11. Eu tento não pensar sobre o problema. (Evitação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>12. Eu bebo para esquecer o problema. (Evitação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>13. Eu tento conseguir ajuda e apoio de pessoas que estão na mesma situação. (Aproximação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>14. Eu tento resolver o problema com a ajuda dos meus amigos. (Aproximação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>15. Eu tento não pensar no problema porque, de qualquer forma, eu não posso mudar nada. (Evitação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )
<b>16. Eu costumo usar drogas quando eu tenho algum problema. (Evitação)</b>			
Nunca ( )	Poucas Vezes ( )	Muitas Vezes ( )	Sempre ( )

### ANEXO C – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA

Por favor, informe se você discorda fortemente, discorda, concorda ou concorda fortemente com cada declaração feita abaixo (marcando com um X).

	<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>
1. Se alguma coisa parece muito complicada, eu nem me preocupo em tentar.	1	2	3	4
2. Eu evito tentar aprender coisas novas quando elas parecem muito difíceis.	1	2	3	4
3. Ao tentar alguma coisa nova, eu logo desisto se eu não tiver sucesso logo de início.	1	2	3	4
4. Quando eu faço planos, eu tenho certeza de que posso executá-los.	1	2	3	4
5. Se eu não consigo fazer um trabalho da primeira vez, eu continuo tentando até conseguir.	1	2	3	4
6. Quando eu tenho algo desagradável para fazer, eu persisto nisso até que tenha terminado.	1	2	3	4
7. Quando eu decido fazer alguma coisa, eu vou diretamente para trabalhar naquilo.	1	2	3	4
8. Falhas me fazem tentar fazer melhor.	1	2	3	4
9. Quando eu estabeleço metas importantes para mim mesmo, eu raramente as alcanço.	1	2	3	4
10. Eu não pareço ser capaz de lidar com a maioria dos problemas que aparecem em minha vida.	1	2	3	4
11. Quando problemas inesperados ocorrem, eu não lido muito bem com isso.	1	2	3	4
12. Eu me sinto inseguro a respeito de minha habilidade para fazer coisas.	1	2	3	4

## ANEXO D – PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Saúde Mental é Essencial

**Pesquisador:** Poliany Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60344416.0.0000.5166

**Instituição Proponente:** Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.851.630

#### Apresentação do Projeto:

A presença sofrimento psíquico relevante e estratégias ineficazes de enfrentamento do estresse pode levar o indivíduo a dificuldades em seguir o curso/trabalho, aumenta o número de abandonos, diminui a produtividade e aumenta o risco de desenvolvimento de quadros de dependência química e até suicídio. O objetivo deste estudo é analisar a prevalência de ansiedade, depressão e outros indicadores de sofrimento psíquico em docentes e discentes da Universidade do Estado de Mato Grosso. Será realizado um estudo observacional com delineamento transversal. Os dados serão coletados por meio da aplicação de um questionário autoaplicável online, disponibilizado no email de cada indivíduo. Para coletar dados sobre os indicadores de sofrimento psíquico será utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. O instrumento também será composto por variáveis socioeconômicas e hábitos de vida, como: idade, sexo, procedência, com quem mora, prática de atividade extracurricular, lazer, religiosidade, grau de satisfação com o curso/trabalho, uso de álcool e drogas ilícitas, uso de drogas psicoativas para tratamento psiquiátrico e/ou medicamentoso para ansiedade e depressão. Espera-se conhecer subsidiar o fortalecimento e desenvolvimento de habilidades socioemocionais que ajudem no controle e diminuição do estresse dentro da universidade.

**Endereço:** Av. Tancredo Neves, 1095

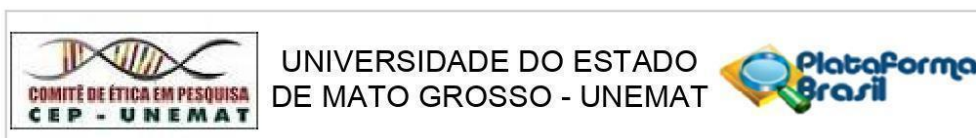
**Bairro:** Cavahada II

**CEP:** 78.200-000

**UF:** MT **Município:** CACERES

**Telefone:** (65)3221-0067

**E-mail:** cep@unemat.br



Continuação do Parecer: 1.851.630

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral apresentado pelo pesquisador:

\* Analisar a prevalência dos sinais e sintomas de depressão, ansiedade e outros indicadores de sofrimento psíquico em discentes e docentes da UNEMAT, assim como seus fatores desencadeantes e as estratégias de enfrentamento disponíveis para esses indivíduos.

Objetivos específicos apresentados pelo pesquisador:

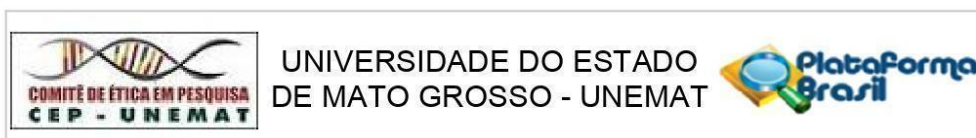
1. Identificar os principais sinais e sintomas de sofrimento psíquico nos indivíduos e o grau de gravidade dos mesmos;
2. Avaliar o nível de estresse e os principais fatores desencadeantes de estresse nos indivíduos;
3. Analisar os aspectos socioambientais que influenciam o desenvolvimento de sofrimento psíquico em discentes e docentes da UNEMAT;
4. Identificar as estratégias de enfrentamento do estresse dos indivíduos

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos para os participantes desta pesquisa estão relacionados aos direitos de privacidade e anonimato, porém todas as medidas de segurança para que a identificação dos indivíduos não ocorra serão rigorosamente realizadas. Uma delas é a agregação dos dados na realização das análises e na divulgação dos resultados de pesquisa. Outra medida será a disponibilização de e-mail e telefone, ao final da resolução do questionário, para o esclarecimento de dúvidas sobre o estudo e/ou resultado do questionário. Para melhor divulgação e comunicação com os participantes da pesquisa e da comunidade será criado um site com todas as informações do projeto, e a medida que os resultados preliminares e definitivos forem sendo avaliados também serão expostos por esse meio de comunicação. Os participantes cujo resultado do teste for de moderado a grave serão convidados para uma avaliação presencial com profissional especializado.

<b>Endereço:</b> Av. Tancredo Neves, 1095	<b>CEP:</b> 78.200-000
<b>Bairro:</b> Cavanhada II	
<b>UF:</b> MT <b>Município:</b> CACERES	
<b>Telefone:</b> (65)3221-0067	<b>E-mail:</b> cep@unemat.br





Continuação do Parecer: 1.851.630

O principal benefício desta pesquisa será proporcionar ao participante um feedback imediato sobre seu nível de ansiedade e depressão, possibilitando o autoconhecimento e permitindo que a pessoa encontre e avalie estratégias pessoais para lidar com o seu próprio estresse. Além disso, a pesquisa pode auxiliar na prevenção da evolução para um quadro grave e na detecção de casos. Os dados coletados serão analisados e posteriormente serão usados como subsídio na confecção de materiais didáticos, campanhas e cursos que preencham as lacunas locais referente a habilidades socioemocionais pessoais que precisem ser fortalecidas ou desenvolvidas. Todos os participantes da pesquisa serão convidados a participar gratuitamente de um curso sobre "Inteligência emocional". Esses mesmos dados serão divulgados e disponibilizado os gestores da UNEMAT para possibilitar a criação de estratégias que melhorem a saúde mental de alunos e professores do campus.

- A pesquisa apresenta garantia de que danos previsíveis serão evitados, como preconiza a resolução 466/2012.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

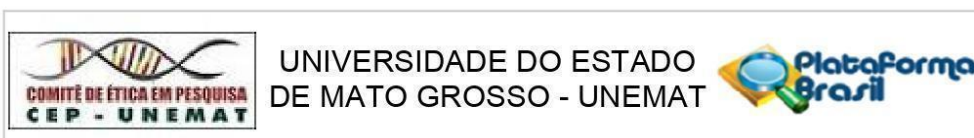
A pesquisa apresenta:

- Respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- Ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- Garantia de que danos previsíveis serão evitados; e
- Relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados de acordo com as exigências da resolução 466/2012 e a Norma Operacional 001/2013 do CNS-Conselho Nacional de Saúde.

<b>Endereço:</b> Av. Tancredo Neves, 1095	<b>CEP:</b> 78.200-000
<b>Bairro:</b> Cavahada II	
<b>UF:</b> MT	<b>Município:</b> CACERES
<b>Telefone:</b> (65)3221-0067	<b>E-mail:</b> cep@unemat.br



Continuação do Parecer: 1.851.630

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso CEP/UNEMAT após análise do protocolo em comento, de acordo com a resolução 466/2012 e a Norma Operacional 001/2013 do CNS, é de parecer que não há restrição ética para o desenvolvimento da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_772103.pdf	23/11/2016 10:14:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo1_TCLE_modificado.pdf	23/11/2016 10:13:36	Poliany Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_unemat_SaudeMental_modificado.pdf	23/11/2016 10:13:08	Poliany Rodrigues	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia_BETHANIA.pdf	24/09/2016 14:50:09	Poliany Rodrigues	Aceito
Outros	Anexo3_feedback.pdf	24/09/2016 14:49:09	Poliany Rodrigues	Aceito
Outros	Anexo2_EHAD.pdf	24/09/2016 14:48:33	Poliany Rodrigues	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	24/09/2016 14:47:35	Poliany Rodrigues	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia_Jaque.pdf	24/09/2016 14:28:12	Poliany Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/09/2016 14:27:31	Poliany Rodrigues	Aceito

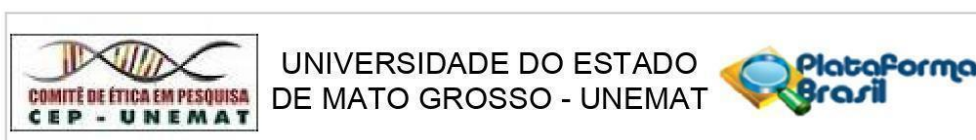
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Tancredo Neves, 1095  
**Bairro:** Cavalhada II **CEP:** 78.200-000  
**UF:** MT **Município:** CACERES  
**Telefone:** (65)3221-0067 **E-mail:** cep@unemat.br



Continuação do Parecer: 1.851.630

CACERES, 06 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Claumir Cesar Muniz**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Tancredo Neves, 1095  
**Bairro:** Cavahada II      **CEP:** 78.200-000  
**UF:** MT      **Município:** CACERES  
**Telefone:** (65)3221-0067      **E-mail:** cep@unemat.br