

EXPERIÊNCIAS ADVERSAS, COMPORTAMENTOS DE RISCO, QUEIXAS DE SAÚDE E PREOCUPAÇÕES MODERNAS DE SAÚDE EM UNIVERSITÁRIOS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES LICENCIATURAS

Angela Costa Maia¹ & Armanda Seabra²

¹Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Braga

²Instituto da Droga e da Toxicodpendência, Porto

RESUMO: As queixas de saúde subjectivas são muito frequentes e as preocupações modernas de saúde estão associadas a estas manifestações de mal-estar. Vários modelos procuram explicar a forma como diferentes sujeitos lidam com os sintomas de doença, sendo que as experiências adversas parecem estar sistematicamente associadas a um aumento de comportamentos de risco para a saúde, bem como a um aumento de queixas. Neste estudo, onde participaram 136 estudantes universitários de 3 licenciaturas (Medicina, Psicologia, Letras), verificou-se uma relação positiva significativa entre adversidade, comportamentos de risco e queixas e preocupações modernas de saúde, para além de uma relação positiva de todas estas variáveis com os sintomas de psicopatologia e negativa com o apoio social. Estes resultados, bem como as diferenças verificadas entre os alunos quando se considera a licenciatura, são discutidos considerando o impacto das experiências adversas na saúde e a relevância prevenir estas experiências e intervir de modo a diminuir os seus efeitos.

Palavras chave: Adversidade, Apoio social, Preocupações modernas de saúde, Psicopatologia, Queixas de saúde.

ADVERSE EXPERIENCES, HEALTH RISK BEHAVIOUR, SUBJECTIVE HEALTH COMPLAINTS AND MODERN HEALTH CONCERNS IN COLLEGE STUDENTS: A COMPARATION BETWEEN DIFFERENT DEGREES

ABSTRACT: Subjective health complaints are very frequent, and modern health concerns are associated with health symptoms. Some theories try to explain how different individuals deal with illness symptoms, and research shows that adverse experiences are systematically associated with a higher probability of health risk behaviour and health problems. In our study, with 136 college students from 3 different degrees (medicine, psychology, literature) we found a significant positive association between adversity, health risk behaviours and modern health concerns; and a positive relation between all these variables and psychopathology symptoms and negative with social support. These results, and the differences between the students when taking into consideration the degree, are discussed considering the impact of adverse experiences in health and the relevance of preventing these experiences and intervening with the victims in order to diminish the negative effects.

Key words: Adversity, Health complaints, Modern health concerns, Psychopathology, Social support.

Recebido em 10 de Maio de 2007 / aceite em 18 de Setembro de 2007

* Contactar para E-mail: angelam@iep.uminho.pt

A presença de sintomas inexplicáveis ou queixas subjectivas sem uma causa física identificável é muito frequente quer na população em geral, quer na população utente de serviços médicos. Calcula-se que 41% das pessoas que procuram médicos não apresentam um estado físico que justifique essas queixas, e 52% dos doentes têm sintomas que permanecem não explicados (Lucock, Morley, White, & Peake, 1997). Ihlebaek, Eriksen, e Ursin (2002), num estudo efectuado nos países nórdicos, verificaram que 75% da amostra apresentava queixas de saúde subjectivas nos últimos 30 dias e concluíram que a presença de queixas de saúde subjectivas representa cerca de 50% de doenças crónicas e doenças permanentes nos países europeus do norte, podendo-se concluir que do ponto de vista estatístico, é “normal” ter queixas (Eriksen & Ihlebaek, 2002). A conclusão destes estudos é que existe uma grande prevalência destas queixas na população e que apesar desta aparente “normalidade”, quando as queixas se tornam intoleráveis, os sujeitos procuram assistência médica.

Desde sempre os médicos têm encontrado indivíduos com sintomas de doença física sem uma causa orgânica, sendo que de acordo com algumas estimativas, entre 25% a 60% dos sintomas investigados nos médicos de família dificilmente têm explicação física adequada (cf. Brown, 2004). Estes dados levam alguns autores a concluir que os sintomas inexplicáveis representam a categoria de queixas mais frequentemente encontrados nos cuidados de saúde primários (Kirmayer & Taillefer, 1997).

A literatura actual demonstra um aumento do uso de serviços de saúde e salienta os custos que este aumento implica para a sociedade (e.g. Walker, Newman, & Koss, 2004). As queixas de saúde subjectivas “sem fundamento médico” para além do custo económico, têm um custo social muito elevado, uma vez que trazem limitações ao quotidiano dos indivíduos.

As queixas de saúde subjectivas têm assumido ao longo dos tempos diferentes apresentações, a que não é alheio a evolução do contexto sócio-cultural. Por esse motivo, os factores culturais são dimensões relevantes quando se procura compreender a experiência subjectiva da doença, quer no que diz respeito à definição, ao reconhecimento, sintomatologia, prevalência e a resposta do indivíduo, quer o significado que lhe é atribuído pela sociedade e pelos técnicos de saúde (Berry & Sam, 1997). Neste século XXI, como Petrie e Wessely (2002) referem, há uma substancial mudança da percepção da relação entre aspectos da vida moderna e da saúde. As preocupações acerca da segurança dos telemóveis, poluição ambiental, comida geneticamente modificada, e alimentação no geral, têm sido muito referenciadas como preocupações modernas de saúde. Esta ansiedade reflecte-se nos padrões de apresentação das queixas de saúde, sendo que a este facto não é alheio o impacto dos meios de comunicação com as notícias acerca da vulnerabilidade das pessoas a perigos desconhecidos (e muitas vezes invisíveis), provenientes da denominada modernidade (Petrie, Siversten, et al., 2001).

Não surpreendentemente, investigação recente demonstra que os pacientes que estão mais preocupados com os efeitos da modernidade na sua vida recorrem mais frequentemente a serviços de saúde (Petrie & Wessely, 2002). Segundo Petrie et al. (2001), a presença de preocupações modernas de saúde estão relacionadas com algumas queixas de saúde subjectivas, sendo que estas duas dimensões estão, por sua vez, relacionadas com a importância que cada um atribui à sua saúde, e o significado que atribui aos sintomas.

São diversas as razões pelas quais as pessoas recorrem a serviços de saúde, mas parece que a razão mais comum para a procura de ajuda médica é a experiência do sintoma (Cronan et al., 1995), ou seja, a queixa subjectiva. Diferentes autores têm tentado compreender as queixas de saúde através de orientações teóricas e modelos que explicam a origem das queixas de saúde subjectivas. Entre eles contam-se o modelo de aprendizagem social e modelos que explicam as queixas através do mal-estar mais global do sujeito, frequentemente associado a histórias adversas e psicopatologia.

Muitos dos comportamentos são apreendidos como consequência da observação dos modelos comportamentais a que se é exposto ao longo da vida, sendo que a família proporciona fortes influências de modelagem às pessoas jovens (Bennet & Murphy, 1997), ou seja, muitos hábitos de saúde são consolidados e desenvolvidos na infância e adolescência, e influenciam todo o ciclo de vida do indivíduo. Na verdade um grande número de estudos demonstra que os pais de crianças que somatizam também exibem comportamentos de somatização, o mesmo tendo ocorrido quando estes eram crianças (Benjamin & Eminson, 1992; Walker, Garber, & Greene, 1991, cit. in Kirkmayer & Robbins, 1994).

A relação entre experiências adversas ao longo da vida e saúde tem igualmente vindo a ser estudada, depois do interesse no impacto psicológico do trauma ter cada vez mais adeptos (Schnurr & Green, 2004). É actualmente evidente que a exposição ao trauma é relativamente comum na população em geral, sendo que Switzer et al. (1999, cit. in Gold, 2004) verificaram que 94% da população internada em serviços médicos reporta pelo menos uma exposição à experiência de um evento traumático na vida. Estudos realizados na comunidade apontam para um valor de experiências traumáticas de cerca de 70% (e.g. Norris, 1992).

Muitos investigadores têm verificado que os efeitos do trauma, mesmo na infância, podem ser tão severos que se observam para toda a vida, podendo dar origem a uma série de problemas psicológicos (cf. Krause & Shaw, 2004), especialmente se diferentes tipos de adversidade ocorrem paralelamente (e.g. Sapienza & Pedromônico, 2005). São vários os estudos que demonstram que um número substancial de pessoas, expostos a diversas formas de stress, tornam-se sintomáticas e, em alguns casos, desenvolvem uma perturbação psiquiátrica (McFarlane & Yehuda, 1996; Pynoos, Steinberg, & Wraith, 1995). A relação entre história de trauma e o uso de serviços de saúde mental pode ser explicado pela comorbilidade psiquiátrica deste tipo de população (Beckman et

al., 1998, cit. por Deykin et al., 2002), mas para além de se observar uma grande prevalência de histórias de abuso nas populações psiquiátricas, os estudos realizados mostram o impacto que as experiências adversas traumáticas têm na saúde física (cf. Maia, 2006).

Para além do aumento de queixas, as evidências empíricas indicam que as experiências traumáticas têm uma relação com a adopção de comportamentos de risco, como por exemplo, a incidência de consumo de álcool (Dube, Anda, Felitti, Edwards, & Croft, 2002) e o abuso de drogas (Briere, Woo, McRae, Foltz, & Sitzman, 1997; Cármen, Rieker, & Mills, 1984; Dube et al., 2003; Shanta et al., 2003). Por seu lado, as variáveis psicossociais como hábitos dietéticos, tabaco, consumo excessivo de álcool, falta de exercício físico, comportamento sexual de alto risco, género, condição socioeconómica, distress psicológico, foram citados como factores de risco para o desenvolvimento de queixas subjectivas de saúde (Bennet, 2000; Bennet & Murphy, 1997).

Ainda que os acontecimentos adversos e traumáticos aumentem a probabilidade de exibir problemas de saúde física e mental, alguns dos sujeitos com histórias negativas não exibem sintomas. O suporte social, considerado um factor protector para os problemas de saúde, tem sido uma das variáveis mais estudadas na psicologia da saúde, havendo uma ampla evidência que sugere que o suporte social tem um papel importante na promoção do bem estar dos indivíduos (Rhodes, 1996, cit. por Comic & Knigh, 1997; Krause, 2001), particularmente quando enfrentam situações adversas. De facto, o suporte social, definido como a “existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983, p. 127), tem sido considerado um amortecedor dos impactos do stress quer na saúde psicológica quer física e está associado com a redução do mal-estar, e com a diminuição do efeito dos stressores (Dunbar, Ford, & Hunt, 1998; Dunst, Trivette, & Hamby 1994; Horton & Wallander 2001; Nielson, 2003).

Pennebaker é um dos autores que mais tem estudado a relação entre suporte social e saúde. Pennebaker e seus colaboradores demonstraram que as pessoas que partilham com os outros os seus piores pensamentos e sentimentos acerca dos traumas, tais como a morte de uma pessoa querida, abuso sexual ou o divórcio dos seus pais, sofrem menos problemas físicos e mentais ao longo dos tempos, do que aqueles que não contam com o apoio de ninguém (e.g. Pennebaker, 1988, 1989; Pennebaker, Hughes, & O’Heeron, 1987; Pennebaker & Susman, 1988; Smyth & Pennebaker, 2001).

Devido à sua frequência e custos associados, vários autores (e.g. Brosschot & Van Der Doef (2005), têm salientado a relevância de estudar as queixas somáticas e as variáveis que lhe estão associadas. O estudo que realizamos pretende averiguar a relação que as queixas de saúde subjectivas e as preocupações modernas de saúde estabelecem com as experiências adversas vividas na infância (doenças e maltrato) e experiências adversas mais recentes, em

alunos universitários de 3 diferentes licenciaturas (Medicina, Psicologia e Letras). Pretende ainda analisar a relação destas experiências com comportamentos de risco, avaliando a relação de todas estas dimensões com a psicopatologia e com o suporte social. Finalmente procura averiguar se existem diferenças entre os sujeitos quando se considera a licenciatura que frequenta.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 136 alunos da Universidade do Minho, do 3º ano das licenciaturas de Medicina, Psicologia e do curso de Português-Inglês. No quadro seguinte encontra-se informação demográfica acerca dos 136 participantes deste estudo.

Quadro 1

Caracterização sócio-demográfica da amostra

	N (%)	Género		Idade	
		M	F	M	D.P.
Psicologia	70 (51,5)	10 (15%)	59 (85, %)	21,76	85
Medicina	32(23,5)	10 (31,3%)	22 (68,8%)	21,06	68,8
Letras	34 (25,0)	6 (17,6%)	28 (82,4%)	22,06	82,4
Total	136 (100,0)	26 (19,3%)	109 (80,7%)	21,67	3,38

Como se pode verificar a licenciatura em psicologia é a mais representada (51,5%); tratando-se de uma amostra maioritariamente feminina (80,7%).

Material

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Maia & Seabra, 2003). O questionário, construído para o estudo, integra questões relativas à identificação do sujeito e avalia os comportamentos de saúde actuais e história de desenvolvimento, nomeadamente cuidados recebidos, experiências adversas vividas na infância (doenças e maltrato) e experiências de trauma mais recentes. Avalia ainda comportamentos como (fumar, consumir álcool, café, e ausência de exercício físico), sendo que o somatório das respostas a estas questões deu origem a uma variável única “comportamento de risco”.

Quanto à variável “adversidade e trauma” foi calculada através da soma das questões relativas às experiências na infância (doença, bater, castigos, violência física, crueldade insultos, ameaças sexuais, comportamentos sexuais, cuidado invertido) e experiências traumáticas mais recentes.

Questionário das Manifestações Físicas de Mal-Estar (QMFME) (Ribeiro, 2002). Este instrumento é composto por 19 itens em que os indivíduos respondem assinalando numa escala de seis pontos para a frequência e numa escala de cinco

pontos para a intensidade, um conjunto de sintomas de mal-estar. A análise factorial aponta para 4 grandes tipos de manifestações ou de sintomas, denominados de “Sistema Nervoso”, “Sistema Respiratório”; “Sistema Muscular”; “Sistema Digestivo”. Neste estudo foi utilizado o valor da escala total, cujo alfa de Cronbach, segundo o autor, é de 0,83.

Escala das Preocupações acerca dos Efeitos da Modernidade na Saúde (E.P.A.E.M.S.). Esta escala foi adaptada por Alves e Figueiras (2005), a partir de Petrie et al. (2001). Na versão a que tivemos acesso no início do estudo tratava-se de uma escala de auto-resposta com 21 itens, tipo Likert, de 1 a 5 pontos. Actualmente os autores fizeram alteração para uma versão final do instrumento, que contém 28 itens. O Alfa de Cronbach no nosso estudo foi de 0,93.

Escala de Apoio Social (EAP) (Matos & Ferreira, 1999). Trata-se de uma escala de auto-resposta com 16 questões, tipo Likert de 1 a 5 pontos. As pontuações podem variar de 16 a 80, sendo os valores médios para a população portuguesa de 64,87 ($D.P.=8,32$). As autoras relatam um Alpha de Cronbach de 0,85 para uma amostra de 214 indivíduos e uma correlação teste-reteste de 0,96 para um intervalo mínimo de um mês. Neste estudo foi utilizado o valor total, embora uma análise factorial realizada pelas autoras de escala tenha revelado a existência de sub-escalas.

Brief Symptom Inventory (BSI) (Canavarro, 1999; Derogatis, 1993). Trata-se de um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert. Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em 9 dimensões básicas de psico-sintomatologia e 3 Índices Globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional (Índice Geral de Sintomas-IGS; Total de Sintomas Positivos – TSP e Índice de Sintomas Positivos). Os valores médios obtidos para a população portuguesa foram: Índice Geral de Sintomas 0,83 ($DP=0,48$); Total de Sintomas Positivos 26,99 ($DP=11,72$); Índice de Sintomas Positivos 1,56 ($DP=0,38$).

Procedimento

Após autorização dos directores dos cursos de Psicologia, Medicina e Português- Inglês, o estudo foi apresentado aos alunos em contexto de turma e obtido o consentimento informado.

RESULTADOS

Dados clínicos e comportamentos de risco

Relativamente à história de doença na infância, 25 alunos reportam doença na infância, o que corresponde a um total de 18,4% e 45 alunos (33,1%) reportam doença na família.

Relativamente aos comportamentos de risco, foram analisados os comportamentos de fumar, tomar café, beber álcool, e a falta de exercício físico. Quanto ao número de cigarros fumados, a grande maioria dos alunos 109 (80,1%) não fuma e apenas 6 alunos (4,4%) fumam entre 16 a 20 cigarros por dia. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, 91 alunos (66,9%) referem que não ingerem, sendo que dos 45 alunos que bebem, 33 alunos (24,3% do total) relatam que bebem raramente, e 12 alunos (8,8% do total) referem beber moderadamente. Quanto às tomas de café, 62 alunos (45,6%) não tomam. Relativamente à frequência de exercício físico, verificou-se que 55 alunos (40,4%) não costumam praticar desporto e 79 alunos (58,1%) relatam que praticam.

Experiências de maltrato na infância

No Quadro 2 são apresentados os dados relativos ao relato de adversidade e cuidado na infância.

Quadro 2

Experiências de maltrato e cuidado na infância (Amostra Total)

	Nunca		Raramente		Às vezes		Habitualmente	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ser batido	129	(94,9)	5	(3,7)	1	(0,7)	1	(0,7)
Ser castigado	119	(87,5)	15	(11)	2	(1,5)	0	
Violência na família	103	(76,3)	27	(20)	2	(1,5)	3	(2,2)
Castigos cruéis	75	(55,1)	29	(21,3)	19	(14)	13	(9,6)
Ser insultado	49	(36,3)	43	(31,9)	36	(26,7)	7	(5,2)
Ser abusado sexualmente	124	(91,2)	6	(4,4)	5	(3,7)	1	(0,7)
Ser ameaçado sexualmente	128	(94,1)	5	(3,7)	3	(2,2)	0	
Receber cuidado	3	(2,2)	1	(0,7)	6	(4,4)	126	(92,6)

Como se pode verificar, é especialmente a nível do abuso psicológico (castigos cruéis e ser insultado) que se observa maior frequência. Note-se que cerca de 24% relata violência familiar, ainda que a maioria a relate como tendo ocorrido raramente. Em relação aos cuidados na infância, os resultados indicam que a maioria considera que habitualmente recebia esse cuidado.

Experiências traumáticas nos últimos anos

A maioria dos sujeitos (80 alunos; 58,8%) relatam não ter vivido qualquer situação traumática, mas 56 alunos (41,2%) relatam que viveram uma situação traumática nos últimos anos.

Apoio social e sintomas e queixas actuais

No quadro seguinte estão dados da estatística descritiva dos diferentes instrumentos.

Quadro 3

Estatística descritiva referentes a Apoio Social, Preocupações Modernas, Queixas subjectivas e psicopatologia (Amostra Total)

	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
Apoio social (EAS)	25,00	62,00	65,91	8,52
Preocupações modernas (EPAEMS)	21,00	105,00	61,48	14,03
Queixas subjectivas (Escala mal-estar)	4,00	172,00	69,38	40,78
Psicopatologia (IGS do BSI)	0,04	2,47	0,95	0,61

Um dos objectivos deste estudo era conhecer a relação entre experiências adversas, comportamentos de risco, queixas de saúde subjectivas, preocupações modernas de saúde, sintomas de psicopatologia e suporte social. Dado que a análise exploratória das variáveis revelou que elas não obedeciam a uma distribuição normal foi utilizada estatística Não-Paramétrica. No quadro seguinte são apresentados os valores das correlações entre as variáveis deste estudo.

Quadro 4

Correlações entre exposição adversa, comportamentos de risco, psicopatologia, preocupações modernas de saúde, queixas de saúde subjectivas e apoio social (amostra total)

	Comportamentos de risco	Psicopatologia	EPAEMS	Escala Mal estar	EAS
Adversidade e trauma	0,17(*)	0,50(**)	0,19(*)	0,32(**)	-0,33(**)
Comportamento risco		0,13	0,007	0,14	-0,19(*)
Psicopatologia (BSI)			0,28(**)	0,56(**)	-0,35(**)
Preocupações modernas EPAEMS				0,28(**)	0,18
Escala mal-estar					-0,10

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Podemos observar que a adversidade e trauma se correlacionam significativamente com os sintomas psicopatológicos, com as preocupações modernas de saúde, com as queixas de saúde subjectivas (escala de mal-estar) e negativamente com o apoio social. Salientamos ainda que os sintomas psicopatológicos se correlacionam significativamente com as preocupações modernas de saúde e com as queixas de saúde subjectivas e negativamente com o suporte social.

Outro objectivo deste estudo era averiguar se os estudantes universitários a frequentar diferentes licenciaturas com contacto diversificado com a doença revelavam valores diferentes em relação às variáveis em estudo. Os resultados estão no quadro seguinte.

Quadro 5

Análise das diferenças entre as diferentes variáveis nos 3 grupos de estudantes em função das licenciaturas (teste de Kruskal Wallis)

	EAS	EPAEMS	Escala Mal-estar	Adversidade	Comportamentos de risco	IGS (BSI)
Qui quadrado	0,14	10,75	1,28	4,95	0,48	8,09
p	0,93	0,005	0,52	0,08	0,78	0,01

Como podemos observar, as variáveis que revelaram diferenças significativas entre os 3 cursos foram as preocupações modernas de saúde e o índice

geral de sintomas (psicopatologia). A adversidade revelou diferenças marginalmente significativas. De modo a averiguar a origem das diferenças nestas 3 variáveis realizaram-se testes de Mann-Whitney entre pares de cursos. A comparação entre Psicologia e Medicina, em relação a essas três variáveis, revelou que os alunos de Medicina apresentam valores significativamente mais elevados do que os alunos de Psicologia no que se refere às Preocupações Modernas de Saúde ($Z=-2,64$; $p<0,01$). Os mesmos cursos não se diferenciam significativamente nas outras variáveis.

Os resultados da comparação entre os estudantes de Psicologia e Letras indicam que quer em relação às Preocupações Modernas de Saúde ($Z=-2,64$; $p<0,01$) quer em relação aos índices psicopatológicos ($Z=-2,84$, $p<0,01$) os alunos de Letras apresentam valores significativamente mais elevados que os alunos de Psicologia, não se diferenciando quanto a adversidade.

Finalmente os resultados da comparação entre alunos de Letras e alunos de Medicina indicam que os alunos de Letras apresentam valores significativamente mais elevados que os alunos de Medicina quer na psicopatologia ($Z=-1,85$, $p<0,01$), quer na adversidade relatada ($Z=-2,19$, $p<0,01$).

DISCUSSÃO

O objectivo central deste estudo era conhecer a relação entre experiências de vida, comportamentos de risco, queixas subjectivas e preocupações modernas de saúde, sintomas de psicopatologia e suporte social, comparando ainda estas variáveis em alunos universitários a frequentar várias licenciaturas.

Os participantes deste estudo são maioritariamente do sexo feminino, o que corresponde às características dos alunos que frequentam as universidades portuguesas (Observatório da Ciência e Ensino Superior, 2006). Quanto aos comportamentos de risco, verificamos que a nossa amostra apresenta uma percentagem relativamente baixa: a maioria dos sujeitos relata que não fuma, não bebe álcool e só cerca de 20% dos alunos é que fumam tabaco de forma regular. No relatório da OEDT (Observatório Europeu das Drogas e Toxicoddependências, 2005), é referenciado que cerca de 82,6% dos jovens europeus faz consumos de álcool e 49,2% consome tabaco, o que é claramente superior ao que observamos.

As experiências de adversidade vivida na infância não são relatadas pela maioria dos participantes, ainda que experiências traumáticas mais recentes sejam relatadas por um número significativo de sujeitos. Estes nossos dados não estão de acordo com outros dados da investigação que referem que a experiência de adversidade na infância é muito frequente na população (cf. Shanta et al., 2003). Uma possível explicação para estes resultados poderá estar relacionada com a origem da própria amostra, alunos universitários, que terão

uma estrutura familiar mais organizado e que lhes possibilitou poderem ter prosseguido os estudos até à universidade, nomeadamente tendo acesso às licenciaturas com elevadas exigências em termos de rendimento académico e com médias de entrada muito elevadas (Medicina e Psicologia). A repetição deste estudo com jovens de um outro contexto escolar (nomeadamente do ensino recorrente ou da formação profissional, ou mesmo jovens que já abandonaram o sistema de ensino), provavelmente conduziria a outros resultados quer no que se refere a consumos, quer a exposição adversa.

Quanto ao suporte social, os valores obtidos são ligeiramente superiores aos obtidos na aferição do instrumento (Matos & Ferreira, 2000), o que se pode dever ao facto de os nossos sujeitos estarem integrados em grupos de colegas que partilham a universidade. Apesar deste dado, os valores da psicopatologia parecem superiores aos obtidos no estudo de aferição do instrumento. Este dado é surpreendente, atendendo a que, como referimos anteriormente, o acesso à universidade é exigente e poder-se-á assumir que só sujeitos funcionais sejam capazes de ultrapassar os desafios. De qualquer modo, podemos pôr a hipótese que obstáculos presentes pela frequência destes cursos podem contribuir para o aumento de sintomas.

Para além da caracterização dos participantes deste estudo em relação às dimensões estudadas, procurou-se averiguar se existiam relações entre experiências de adversidade, psicopatologia e suporte social, e as dimensões de saúde consideradas. Na análise das correlações, o principal resultado a realçar no nosso estudo diz respeito às correlações positivas e significativas estabelecidas entre as variáveis de adversidade e todas as outras variáveis do estudo, e as correlações negativas com o suporte social. Estes resultados vão ao encontro da literatura e comprovam o impacto que as experiências negativas podem assumir nos diferentes níveis da vida dos sujeitos.

Salientamos ainda o facto de os nossos sujeitos que relatam menor suporte social serem os sujeitos que têm mais queixas e preocupações modernas de saúde. No nosso estudo, o suporte social também se correlaciona de forma negativa e significativa com a psicopatologia. Mais uma vez os dados obtidos estão de acordo com o que é referenciado na investigação (cf. Nielson, 2003), nomeadamente o dado que aponta para o facto de o suporte social ter um efeito positivo ao diminuir várias perturbações psiquiátricas. O mesmo se verifica em relação a comportamentos de risco. Destacamos um estudo realizado por Darbes e Lewis (2005) que verificou igualmente que quem tem maiores níveis de suporte social apresenta menos comportamentos de risco.

Considerando a exposição aos conteúdos dos respectivos cursos, os dados mostram que só há diferenças entre grupos ao nível de preocupações modernas de saúde, grau de adversidade e psicopatologia. Em relação às preocupações modernas de saúde, que os alunos de medicina apresentam um nível significativamente mais elevado quando comparados com os alunos de psicologia, mas não se verifica esta tendência quando se compara com os

alunos de letras. Para além disso, verificou-se que os alunos de letras têm maiores preocupações modernas de saúde do que os alunos de psicologia. Uma explicação para uma maior prevalência de preocupações modernas de saúde nos alunos de medicina, quando comparados com os de psicologia pode ser pelo facto de estes estarem mais atentos, por questões curriculares, aos avanços tecnológicos e aos impactos que estes podem ter na saúde, mas não temos explicação para este facto em relação a letras, a não ser na relação com maior psicopatologia.

Em relação à psicopatologia, os alunos de Letras exibem mais sintomas psicopatológicos do que os alunos de Psicologia e de Medicina. Uma possível explicação para estes resultados poderá estar relacionada com a menor exigência no acesso a este curso, podendo este ser frequentado por alunos menos funcionais, em termos psicológicos, do que nos cursos de Medicina e Psicologia.

CONCLUSÃO

Em suma, os resultados deste estudo sublinham a importância da exploração das situações adversas e como elas podem influenciar todo um percurso de vida e ter influência directa na saúde dos indivíduos. De facto o conhecimento dos factores que podem contribuir para a presença e manutenção das queixas de saúde subjectivas revela-se importante na medida em que a prevenção deste tipo de perturbação pode-se traduzir em ganhos para os serviços de saúde. Um outro resultado que se evidencia neste estudo diz respeito à importância do apoio social como protector da perturbação física e psicológica. Será importante fomentar os laços sociais e as competências de procura de ajuda com estes alunos universitários, que muitas vezes se diluem aquando da mudança de residência para ir para a faculdade, bem como reforçar a importância das redes sociais existentes.

O estudo apresenta algumas limitações que devem de ser apontadas, uma delas refere-se à ausência de uma amostra de jovens não universitários para uma possível comparação das variáveis em estudo. A segunda limitação está relacionada com os instrumentos de avaliação utilizados, nomeadamente o facto de não termos utilizado a versão final da Escala das Preocupações acerca dos efeitos da Modernidade na Saúde.

Como afirmam Eriksen e Ursin (2002), todos nós temos queixas de saúde, uns mais e outros menos. O que interessa à psicologia da saúde é compreender porque é que para algumas pessoas essas queixas se tornam intoleráveis e começam a causar um mal-estar significativo. Compreender estas queixas considerando todas as variáveis do sujeito podem ser uma mais-valia quando se considera quer a prevenção, quer a intervenção.

REFERÊNCIAS

- Alves, N.C., & Figueiras, M.J. (2005). Efeitos da modernidade na saúde: Adaptação e validação da Modern Health Worries Scale para a população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6, 91-107.
- Benjamin, S., & Eminson, D.M. (1992). Abnormal illness behaviour: Childhood experiences and long-term consequences. *International Review of Psychiatry*, 4, 55-70.
- Bennet, P., & Murphy, S. (1997). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bennet, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Berry, J., & Sam, D. (1997). The Process of Acculturation and Basics Goals: Testing a Multidimensional Individual Difference Acculturation Model with Iranian Immigrants in Canada. *Applied Psychology*, 52, 555-579.
- Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J., & Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 95-101.
- Brosschot, J., & Van Der Doef, M. (2005). Daily worrying and somatic health complaints: Testing the effectiveness of a simple worry reduction intervention. *Psychology and Health*, 21, 19-31.
- Brown, L. (2004). Control of bacterial spores. *British Medical Bulletin*, 56, 158-171.
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Carmen E. Rieker, P.P., & Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 141, 378-383.
- Cronan, T., Shaw, W., Gallagher, R., & Weisman, M. (1995). Predicting health care use among older osteoarthritis patients in HMO. *Arthritis Care and Research*, 8, 66-72.
- Darbes, L., & Lewis, M. (2005). HIV – Specific social support predicts less sexual risk behaviour in gay male couples. *Health Psychology*, 24, 617-622.
- Derogatis, L. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory Administration, Scoring, and Procedures Manual*, National Computer Systems, Inc., Minneapolis, MN.
- Deykin, E.Y., Keane, T.M., Kaloupek, D., Fincke, G., Rothendler, J., Siegfried, M., & Creamer, K. (2001). Posttraumatic stress disorder and the use of health services. *Psychosomatic Medicine*, 63, 835-841.
- Dube, S., Felitti, V., Dong, C., & Chapman, D. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatric*, 111, 564-572.
- Dube, S., Anda, R., Felitti, J., Edwards, V., & Croft, J. (2002) Adverse childhood experiences and personal alcohol as an adult. *Addictive Behaviors*, 27, 713-725.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Hamby, D.W. (1994). Measuring social support in families with young children with disabilities. In C.J. Dunst, C.M. Trivette, & A.G. Deal (Eds.), *Supporting and strengthening families: Methods, strategies, and practices* (pp. 152-160). Cambridge, MA: Brookline Books.
- Eriksen, H., & Ihlebaek, C. (2002). Subjective Health Complaints: *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 101-103.

- Eriksen, H., & Ursin, H. (2002). Sensitization and subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 189-196.
- Gold, S. (2004). The relevance of trauma to general clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 363-373.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H.R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 20-29.
- Kirkmayer, L., & Robbins, J. (1994). Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 647-655.
- Kirmayer, L.J., & Taillefer, S. (1997). Somatoform disorders. In S. Turner & M. Hersen (eds.), *Adult Psychopathology* (3rd ed., pp. 333-383). New York: John Wiley & Sons.
- Krause, N., & Shaw, B. (2004). A Descriptive Epidemiology of Lifetime Trauma and the physical health status of older adults. *Psychology and Aging*, 19, 637-648.
- Krause, N. (2001). Social Support. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 272-294). San Diego, CA: Academic Press.
- Lucock, M., Morley, S., White, C., & Peake, M. (1997). Responses of consecutive patients to reassurance after gastroscopy: Results of self-administered questionnaire survey. *British Medical Journal*, 315, 572-575.
- Maia, A. (2006). Trauma, PTSD e Saúde. In P. Costa, C. Pires, J. Veloso, & C. Pires (Eds.), *Stress Pós-Traumático. Modelos, Abordagens & Práticas* (pp. 21-33). Editorial Presença.
- Matos, A., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma Escala de Apoio Social: Alguns dados sobre a sua fidelidade. *Psiquiatria Clínica*, 21, 243-253.
- McFarlane, A., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In B. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 155-181). New York: Guilford Press.
- Nielson, M. (2003). Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injuries. The mediating effect of social support. *Rehabilitation Psychology*, 48, 289-295.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Observatório da Ciência e Ensino Superior. (2006). *Evolução do número de inscritos no 1º ano pela primeira vez no ensino Superior, 1998-2005*. Lisboa.
- Observatório Europeu Drogas e Toxicodependências. (2005). *Relatório Anual. A Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Pennebaker, J., & Hoover, C. (1986). Inhibition and cognition: Toward an understanding of trauma and disease. In G. Davidson & L. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation* (vol. 4, pp. 107-136). New York: Plenum.
- Pennebaker, J. (1988). Confiding traumatic experiences and health. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of Life Stress Cognition and Health* (pp. 669-682). New York: Willey .
- Pennebaker, J. (1989). Confession, inhibition, and disease. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 22, pp. 211-244). New York: Academic Press.
- Pennebaker, J.W., & Susman, J.R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine*, 26, 327-332.
- Pennebaker, J., Hughes, C., & O'Heeron, R. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781-793.

Petrie, K., & Wessely, S. (2002). Modern worries, new technology and medicine. *British Medical Journal*, *324*, 690-691.

Petrie, K., Siversten, B., Hysing, M., Broadbent, E., Moss-Morris, R., Eriksen, H., & Ursin, H. (2001). Thoroughly modern worries. The relationship of worries about modernity to reported symptoms, health and medical care utilization. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*, 395-401.

Pynoos, R., Steinberg, A., & Wraith, A. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (vol. 2, pp. 72-95). New York: Wiley.

Ribeiro, J. (2003). Estudo de Adaptação do Questionário de Manifestações Físicas de Mal Estar. *Psiquiatria Clínica*, *24*, 65-76.

Sapienza, G., & Pedromônico, M. (2005). Risco, protecção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, *10*(2), 209-216.

Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, *47*, 156-163.

Schnurr, P.S., & Green, B.L. (2004). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. American Psychological Association: Washington.

Shanta, R., Dong, M., Dube, M., Felliti, M., Wayne, G., & Anda, M. (2003). Adverse Childhood Experiences and Self-report Liver Disease. *Archives of Internal Medicine*, *163*, 1949-1956.

Smyth, J., & Pennebaker, J. (2001). What are the health effects of disclosure. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 339-348). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Walker, E., Newman, E., & Koss, M.P. (2004). Costs and health utilization associated with traumatic experiences. In P.S. Schnurr & B.L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 43-71). Washington DC: American Psychological Press.