



## **Sintomatologia Depressiva em Jovens e Prática de Actividade Física**

Iolanda Lígia Rodrigues Afonso

Orientada por

**Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia**

Bragança

Outubro, 2013





## **Sintomatologia Depressiva em Jovens e Prática de Actividade Física**

Iolanda Lígia Rodrigues Afonso

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Exercício e Saúde ao abrigo do Decreto-lei N.º. 74/2006, de 24 de Março.

Orientada por

**Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia**

Bragança

Outubro, 2013

Afonso, L. Sintomatologia depressiva em jovens e prática de actividade física. Dissertação de mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2013.

Palavras-chave:

ACTIVIDADE FÍSICA

DEPRESSÃO

ESTUDANTES

RISCO

SAÚDE

**As seguintes partes da presente dissertação foram publicadas (Poster):**

Afonso L, Correia T. Obesidade e Sintomatologia depressiva nos estudantes do Ensino Superior. 16.º Congresso Português de Obesidade. 9 a 11 Novembro 2012. Lisboa.

Afonso L, Correia T. Actividade física e Sintomatologia depressiva em estudantes. 16.º Congresso Português de Obesidade. 9 a 11 Novembro 2012. Lisboa.

**As seguintes partes da presente dissertação foram publicadas (Resumos):**

Afonso L, Correia T. Obesidade e Sintomatologia depressiva nos estudantes do Ensino Superior. Revista Portuguesa de Cirurgia. 2012 Nov;S:45.

Afonso L, Correia T. Actividade física e Sintomatologia depressiva em estudantes. Revista Portuguesa de Cirurgia. 2012 Nov;S:45-46.



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Teresa Correia por ter aceite a orientação deste trabalho e pelo apoio científico, académico e pessoal ao longo deste processo.

À minha colega Teresa Moutinho, pela sua colaboração na introdução informática dos dados.

Aos meus pais e irmã pelo incentivo e apoio.

Aos meus meninos (Manu e Mickey) pela descontração indispensável para conclusão da dissertação, alegria constante e contagiante, pelas pausas forçadas e “esforçadas” que me obrigaram a fazer, mas obviamente um agradecimento especial ao meu Mickey por... tudo!



## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE TABELAS .....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS/SIMBOLOS.....	vii
RESUMO .....	ix
ABSTRACT .....	xi
1-INTRODUÇÃO .....	1
1.1- Depressão: conceito, caracterização e prevalência	1
1.2- Relação entre depressão e actividade física	6
1.3- Actividade física: conceito, caracterização e prevalência	7
1.4- Problema .....	11
1.5- Objectivos .....	11
1.6- Hipóteses.....	11
2- MATERIAL E MÉTODOS .....	13
2.1- População/Amostra .....	13
2.2-Instrumento de recolha de dados .....	13
2.2.1 –Variáveis principais.....	16
2.3- Procedimento de recolha de dados .....	16
2.4- Procedimentos de análises de dados .....	17
3- RESULTADOS .....	19
4- DISCUSSÃO .....	31
5- CONCLUSÕES .....	37
6- BIBLIOGRAFIA.....	39
Anexo A – Instrumento de recolha de dados .....	xlii

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto à composição do agregado residencial.....	19
Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto ao estado nutricional .....	20
Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto à prática de actividade física.	20
Tabela 4 - Distribuição dos inquiridos por género quanto à prática de actividade física .....	21
Tabela 5 - Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de actividade física .....	21
Tabela 6 - Tempo dedicado à prática de actividade física .....	22
Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos segundo a intensidade de actividade física .....	22
Tabela 8 - Consistência interna escala CES-D .....	23
Tabela 9 - Prevalência de sintomas escala CES-D.....	24
Tabela 10 - Distribuição da amostra quanto ao somatório da escala CES-D.....	25
Tabela 11 - Distribuição da amostra quanto ao Risco de Sintomatologia Depressiva.....	25
Tabela 12 - Associação entre sintomatologia depressiva e actividade física .....	27
Tabela 13 - Associação entre sintomatologia depressiva e actividade física - Género .....	28
Tabela 14 - Associação entre sintomatologia depressiva e género .....	29
Tabela 15 - Associação entre prática de actividade física e género.....	29

## LISTA DE ABREVIATURAS/SÍMBOLOS

ACSM	-	American College of Sports Medicine
AF	-	Atividade física
APA	-	American Psychiatry Association
CDC	-	Centers for Disease Control and Prevention
CES-D	-	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DSM IV	-	Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders
EN	-	Estado Nutricional
IMC	-	Índice de Massa Corporal
MET	-	Equivalente Metabólico de Tarefa
IPB	-	Instituto Politécnico de Bragança
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
SD	-	Sintomatologia Depressiva
♀	-	Mulheres
♂	-	Homens



## RESUMO

A depressão é um dos problemas mais graves de Saúde Pública com o qual os países ocidentais têm de se debater.

Em contraponto, a actividade física (AF) tem vindo a ser cada vez mais valorizada como sendo um dos pilares para uma vida saudável e dada relevância à sua utilidade na redução do risco e/ou como coadjuvante no tratamento de algumas patologias. **Objectivo:** Analisar a associação entre apresentação de sintomatologia depressiva (SD) e prática de AF em jovens que frequentam o Ensino Superior. **Material e métodos:** Estudo transversal numa amostra de 394 alunos matriculados nos cursos de licenciatura da Escola Superior de Saúde de Bragança no 1.º semestre do ano lectivo de 2010/2011, aplicando um questionário de qualidade de vida e saúde, com a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). O tratamento estatístico efectuou-se recorrendo ao programa SPSS 17.0, calculando frequências, médias, desvio padrão, coeficiente de Phi e *Odds Ratio* (IC 95%). **Resultados:** Da amostra estudada a maioria é do sexo feminino (87,8%), frequenta o 1.º ano de licenciatura (38,1%) e apresenta um estado nutricional adequado (78,2%). Verifica-se que a prática de AF não é um hábito presente no quotidiano desta comunidade, sendo que apenas 27,4% o fazem regularmente. Relativamente à SD a amostra está em risco elevado de ter um diagnóstico de quadro depressivo (37,4%). Os sintomas que têm uma frequência mais elevada relacionam-se com perturbações do sono (31,3%) e pouca confiança no futuro (38,2%). Dos estudantes em risco de terem sintomatologia depressiva, a prevalência é ligeiramente superior nos que não praticam AF (39,4%) em comparação com os que têm essa prática (32,4%). A diferença entre géneros é notória, sendo os estudantes do sexo feminino a apresentar um risco superior de ter quadro depressivo (OR=4,000; IC95% 1,74-9,17;  $p < 0,001$ ). **Conclusão:** A SD atinge de forma transversal a população estudantil universitária, no entanto jovens do sexo feminino e sem prática regular de AF são mais afectadas por esta

condição. Contudo não foi encontrada significância estatística na associação entre SD e prática de AF.

**Palavras-chave:** Actividade física, depressão, estudantes, risco, saúde.

## ABSTRACT

Depression is one of the most serious public health issue with which Western countries have to contend with.

In contrast, physical activity has been increasingly valued as one of the pillars for a healthy life and given prominence to its utility in reducing the risk and / or as an adjunct in the treatment of some diseases. **Objective:**

To analyze the association between presentation of depressive symptoms and physical activity and in young people attending higher education.

**Material and methods:** Cross-sectional study in a sample of 394 students enrolled in courses of High Health School of Bragança in the 1<sup>th</sup> semester of academic year 2010/2011, applying a questionnaire about quality of life and health, with the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Statistical analysis was done using SPSS 17.0, calculating frequencies, means, standard deviations, Phi coefficient and Odds Ratio with 95% confidence interval. **Results:** The population is mostly female (87.8%), attending the first year of degree (38.1%), has an average age of 20 years and has an adequate nutritional status (78, 2%). It appears that the practice of physical activity is a habit not very present in everyday life in this population, with only 27.4% do so regularly. For the sample regarding depressive symptoms is at high risk of having a diagnosis of depression (37.4%). The symptoms that have a higher frequency are related to sleep disturbance (31.3%) and low confidence in the future (38.2%). In students at risk for depression, the prevalence is slightly higher that do not practice physical activity (39.4%) compared to those with this practice (32.4%). The gender difference is also evident; with the female students to have a higher risk of depressive disorder (OR=4.000; IC95% 1.74-9.17; p<0.001).

**Conclusion:** Depressive symptoms cross the university student population, yet young women without regular practice of physical activity are more affected by this condition. However there was no statistically

significant association between depressive symptoms and physical activity.

**Keywords:** Physical activity, depression, students, risk, health.

# 1 – INTRODUÇÃO

## 1.1- Depressão: conceito, caracterização e prevalência

Entende-se como saúde, um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença <sup>1</sup>. Contudo nem sempre se dedicou a devida importância aos problemas relacionados com a saúde mental da população, porém a crescente consciencialização da necessidade de a saúde ser visualizada numa perspectiva abrangente tornou possível compreender a importância de cada um dos seus componentes, incluindo a saúde mental. Deste modo a tendência de valorizar apenas a saúde física foi invertida, sendo presentemente, a saúde mental uma preocupação e prioridade da comunidade em geral <sup>2</sup>. Questões associadas a problemas de saúde mental são actualmente uma das causas principais de morbilidade e mortalidade na nossa sociedade <sup>1,2,3</sup>.

Das desordens agregadas à saúde mental a depressão ocupa um lugar de destaque, tornando-se um dos problemas mais grave com que a saúde pública se debate <sup>4,5,6</sup>.

A palavra depressão provém do termo latim “*Depressio*” que significa abatido, melancólico.<sup>7</sup> O seu conceito aparece nos finais do século XIX, abrangendo um leque alargado de distúrbios mentais, contudo apenas em 1930 foram introduzidos protocolos oficiais e estandardizados para o seu diagnóstico <sup>8</sup>.

O termo depressão é geralmente utilizado para descrever uma perturbação do humor ou estado de ânimo; definir um conjunto de manifestações psicológicas e corporais que exprimem a polarização triste do humor e afecto, e no qual a depressão do humor está associada a outras manifestações. É também utilizado para definir os distúrbios depressivos, nos quais o estado depressivo não é transitório e pode

associar-se a perturbações do ajustamento psicossocial do sujeito. Em sentido lato, a depressão é todo o estado psíquico caracterizado por tristeza, sentimentos de diminuição do valor pessoal e diminuição dos processos psicológicos e motores no sentido da inibição<sup>8,9</sup>.

O conceito moderno de depressão, adoptado pela maioria dos psiquiatras, referenciado pelos diversos autores e consagrada pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV-TR) consiste num distúrbio afectivo ou do humor que, com frequência responde ao tratamento. A sua classificação e diagnóstico variam de acordo com o número, gravidade e duração dos sintomas. A depressão interfere com a qualidade de vida. Pode consistir no sinal inicial de uma doença crónica ou ser o resultado de uma doença física. Os sinais de depressão podem incluir sentimentos de tristeza, fadiga, diminuição da concentração e da memória, sentimentos de culpa ou inutilidade, distúrbios do sono, baixa auto-estima, distúrbios do apetite, perda ou aumento de peso excessivo, agitação, deficit de atenção e pensamento suicida<sup>6,10,11,12,13</sup>.

É um estado mental melancólico que se caracteriza por desencorajamento, dor moral, pessimismo, inibição psíquica, fatigabilidade e abulia, podendo acompanhar-se de ansiedade mais ou menos acentuada. A depressão é um termo genérico que se aplica a uma síndrome, manifestando-se em várias situações clínicas<sup>14</sup>.

Para que o diagnóstico de depressão seja confirmado devem ser considerados sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais, deste modo é exigido a existência de um episódio de humor depressivo com duração de um mês e com a seguinte sintomatologia: perda de apetite, perturbação do sono, perda de energia, alterações psicomotoras (inibição/ agitação), sentimentos de culpabilidade, dificuldades de concentração, perda de interesse e ideias de suicídio<sup>8,10,15,16</sup>.

Assim, o termo depressão refere-se a um quadro clínico com diagnóstico confirmado, com critérios precisos, delimitados e atestados, sendo

efectuado preferencialmente por médico do colégio da especialidade (Psiquiatra), sintomatologia depressiva aplica-se aos elementos/sintomas, que em conjunto ou de forma singular, afectam o individuo, podendo este ser detentor ou não um diagnóstico de depressão <sup>17,18</sup>.

A sintomatologia depressiva pode ser resumida e caracterizada em sintomas psíquicos, como o humor depressivo, redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das actividades, anteriormente consideradas agradáveis, fadiga ou sensação de perda de energia e diminuição da capacidade de pensar, concentração ou decisória; sintomas fisiológicos como alterações do sono, do apetite e redução do interesse sexual, e evidências comportamentais tais como retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas e alterações psicomotoras <sup>12,15</sup>.

A causa exacta da sintomatologia depressiva é desconhecida. Como em outras doenças mentais, parecem estar envolvidos uma variedade de factores: neurotransmissores, hormonais, genéticos, acontecimentos de vida desagradáveis, traumas, e doenças físicas <sup>9,10</sup>.

A etiologia dos sintomas depressivos é multifactorial e melhor formulada em termos de modelo biopsicossocial. É provável que a herança familiar através da heterogeneidade genética transmita a tendência para determinada sintomatologia depressiva. É mais provável que a própria doença se manifeste quando estimulada por respostas desadaptativas adquiridas e na presença de circunstâncias sociais muito fortes <sup>10</sup>.

Os sintomas depressivos podem também ocorrer como resposta psicológica a uma doença física grave e a estados crónicos de incapacidade, algumas condições médicas também actuam como causas específicas e devem sempre ser despistadas nos doentes que apresentam o primeiro episódio de sintomas depressivos por volta dos 45 anos de idade, nomeadamente doenças neurológicas, neoplasias cerebrais, anemia, patologias metabólicas, entre outras. <sup>10</sup> Investigadores demonstraram que pessoas com sintomas depressivos apresentam com frequência um deficit de certas substâncias químicas que transmitem

mensagens entre as células nervosas do cérebro. Isto dá origem a um desequilíbrio químico e como consequência, pode contribuir para a depressão. Alguns fármacos, a exemplo da corticoterapia, o álcool e outras substâncias aditivas também estão implicados em muitos casos de sintomatologia depressiva <sup>4,8,19</sup>.

Quanto à classificação dos episódios depressivos, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 2002, distingui-os em ligeiros, moderados e graves <sup>12</sup>.

A depressão ligeira origina uma pequena incapacidade funcionante. Os doentes com depressões graves têm diversos sintomas que excedem os critérios mínimos de diagnóstico e a sua dinâmica quotidiana está fortemente comprometida. A depressão moderada constitui o grau intermédio entre os dois tipos anteriormente descritos. As perturbações ligeiras são as mais comuns e muitas vezes designadas como depressão “neurótica” ou “reactiva”, ao passo que as formas mais graves da doença são designadas como “psicose maníaco-depressiva” ou “depressão endógena” <sup>12,15,16</sup>.

A depressão é uma condição que pode afectar todo o indivíduo, independentemente da sua conjuntura social, da faixa etária, ou género, porém as mulheres são duas vezes mais lesadas do que os homens <sup>11,12,20,21,22</sup>.

Constituem factores de risco para a depressão: história pessoal ou familiar de depressão, existência de tentativas de suicídio prévia, género feminino, falta de apoio social, crises de vida, sedentarismo, abuso de substâncias (principalmente álcool e drogas) e doença física <sup>12,13,23,24</sup>.

O tratamento é imprescindível, sendo adequado à intensidade dos problemas que a doença acarreta. Pode haver depressões leves, com poucos aspectos dos problemas mostrados anteriormente, ou pode haver depressões bem mais graves, prejudicando de forma marcante a vida do indivíduo, geralmente o tratamento assenta numa base farmacológica ou psicoterapêutica, ou a combinação de ambos, de acordo com a

intensidade da doença, disponibilidade financeira e de acesso aos mesmos<sup>25,26</sup>.

Actualmente assiste-se a um início de distúrbios mentais cada vez mais prematuramente, segundo alguns estudos, a depressão tem vindo a surgir e ter uma prevalência mais acentuada em idades mais precoces. Assiste-se a manifestações desta doença a partir da juventude<sup>3,10,13,15,23,27,28</sup>.

Estudantes do ensino superior constituem um grupo de risco acrescido, não só por se englobarem na faixa etária onde são despoletados muitas vezes os problemas mentais, incluindo a depressão, como estão mais vulneráveis e fragilizados devido à mudança drástica que o início da vida académica pode conduzir, quer a nível familiar, social e até financeiro<sup>28,29</sup>.

Estima-se que esta patologia afecte mais de 150 milhões de pessoas em todo o mundo em algum momento da sua vida<sup>4,5,6</sup>.

Instâncias europeias têm vindo a reconhecer a importância da saúde mental dos seus cidadãos, tendo já efectuado investigações para conhecerem a prevalência de depressão nesta região do globo<sup>6,30</sup>. A patologia depressiva atinge entre 2-10% dos cidadãos europeus, representando cerca de 33 milhões de europeus (três vezes a população residente em território Português) atingidos por este distúrbio mental<sup>6,30</sup>.

Num estudo epidemiológico efectuado em 5 países da União Europeia, foi obtido valor semelhante, onde cerca de 9% da população sofria de quadro depressivo<sup>31</sup>.

Quanto ao nosso país calcula-se que os valores de prevalência desta patologia não tenham grande divergência dos encontrados à escala continental, de facto as investigações desenvolvidas nesse sentido, apuraram valores entre os 9,5% e 11,3% para a população geral e 11% para os jovens adolescentes. Significando isto que aproximadamente 1 milhão de portugueses esteve já em contacto com esta condição de saúde<sup>4,32</sup>.

## 1.2- Relação entre depressão e actividade física

A expressão epidemiológica crescente da depressão aumentou o interesse no seu tratamento. É consensual a terapêutica farmacológica e psicológica, todavia é imperativo algo mais como coadjuvante para a melhor eficácia do resultado. De acordo com várias investigações, existe uma relação muito próxima entre a prática da actividade física (AF) e a prevenção de sintomatologia depressiva. Esta protecção conferida aos indivíduos activos pode ser explicada por alguns mecanismos. AF pode ter efeito psicológico na depressão devido a um aumento de  $\beta$ -endorfina, neurotransmissores como a serotonina, dopamina e noradrenalina. Outro possível mecanismo plausível é a AF ser um método de redução da tensão emocional e servir como obstáculo para eventos stressantes ou de elevada ansiedade<sup>13,23,33,34,35,36,37,38,39</sup>.

A condição física encontra-se positivamente ligada à saúde mental. É aceite que a prática regular de AF alia os benefícios fisiológicos aos benefícios psicológicos, como a melhoria de sensação de bem-estar, humor e auto-estima. Adultos fisicamente activos possuem um risco de depressão e declínio cognitivo inferior aos seus pares sedentários<sup>13,40,41,42</sup>. O oposto também é verdadeiro, ou seja, a inactividade física ou sedentarismo favorece o aparecimento de alguma sintomatologia depressiva. Está descrito na literatura que sintomas como a ansiedade e distúrbios no sono têm um maior predomínio em pessoas inactivas<sup>30,35,36,41,42</sup>.

O reconhecimento da AF como parte efectiva no tratamento da depressão é tão notório e convincente que tem vindo a ser incluída em programas de Promoção de Saúde Mental<sup>41,42,43,44</sup>.

### **1.3- Actividade física: conceito, caracterização e prevalência**

A AF sempre esteve presente na história da humanidade. Estudos antropológicos e narrativas históricas relatam a existência desta prática como um componente integrante do quotidiano desde a pré-história. De facto nesse período o ser humano dependia directamente e forma quase exclusiva da sua força, velocidade e destreza física para sobreviver. A necessidade constante de procura de alojamento e alimentos conduzia-o a longos percursos a caminhar, lutas constantes o que fazia do Homem primitivo fisicamente activo<sup>45,46</sup>.

Mas nas últimas décadas tem-se verificado uma transformação sem precedentes no padrão de vida da sociedade. A mecanização, os avanços tecnológicos, a facilitação de actividades antes inevitáveis (como escadas rolantes, elevadores, entre outros) tem conduzido ao decréscimo progressivo da AF<sup>46,47</sup>.

Mas o que é conceptualmente AF? Actividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos no qual resulte dispêndio energético. A AF pode ser categorizada em AF da vida diária, exercício físico e aptidão física<sup>46,48,49</sup>.

AF da vida diária é o sector correspondente às actividades do quotidiano, como tarefas domésticas, subir escadas, passear o cão, jardinagem, dançar numa discoteca, para enumerar apenas algumas, é ocupacional, engloba ainda as actividades desportivas praticadas por lazer<sup>48,49</sup>.

Exercício físico é o segmento da AF que se distingue por obedecer a um planeamento, com estruturação definida, praticado de forma repetida e com o objectivo de aumentar ou manter a aptidão física. Aplica-se a uma variedade de actividades físicas, que diferem largamente quanto à sua intensidade, duração e quanto às capacidades exigidas para a sua prática. No entanto, todas elas consistem de uma série de acções musculares que conduzem a uma alteração do estado basal do

organismo. Esta modificação visa o fornecimento de energia ao tecido muscular envolvido e a manutenção da homeostasia local e sistémica. A prescrição de exercício físico deve ser individualizada, com base nas características dos indivíduos e seus objectivos<sup>42,48</sup>.

Aptidão física corresponde ao conjunto de atributos que o indivíduo possui ou atinge relacionado com a performance física. Isto é, resistência cardio-respiratória, resistência músculo-esquelética, flexibilidade e força muscular, equilíbrio, tempo de reacção e composição corporal inerente ou adquirida por cada um, correlacionada com a capacidade ou competência de executar a AF<sup>48,50</sup>.

A AF classifica-se quanto a sua intensidade como leve/ligeira, moderada e vigorosa<sup>51,52</sup>.

A estratificação e inclusão nos diferentes patamares de intensidade variam de acordo com a energia dispendida no decorrer dessa mesma actividade. Essa energia é definida em Equivalente Metabólico de tarefa (MET) ou na forma simplificada de Equivalente Metabólico. MET é uma medida fisiológica que expressa o gasto energético durante uma actividade concreta, quantifica o custo a nível de diferencial calórico/energético. É aceite que 1MET define a quantidade de oxigénio consumido em repouso, e representa 3,5ml O<sub>2</sub>/ peso corporal x minutos. Assim este conceito é de fácil compreensão e ampla utilização, sendo um procedimento facilitado para se obter o valor da energia gasta em determinada AF. É catalogado como AF de intensidade ligeira a que consome menos de 3 MET, como ver televisão, caminhar passo de passeio, AF de intensidade moderada a qual se despende entre 3 a 6 MET, tais como golfe, canoagem, ténis jogado a pares, e intensidade vigorosa as actividades que tem um custo superior a 6 MET, tendo como exemplo voleibol, futebol ou aula de aeróbica<sup>51,52,53,54</sup>.

Havendo evidência irrefutável dos benefícios da AF na saúde da população, era fundamental quantificar a duração dessa prática para a obtenção dessa protecção. Especialistas do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e da American College of Sports Medicine (ACSM)

desenvolveram uma “mensagem de saúde pública” concisa e clara no que diz respeito à actividade física, visando a sua implementação, cada vez mais generalizada, no quotidiano do mundo ocidental. Esta mensagem preconiza que todos os adultos, entre os 18 e 65 anos, sem patologia impeditiva, devem acumular em actividades de natureza aeróbia, pelo menos 150 minutos AF de intensidade moderada por semana. Sendo que deveria ser distribuída com um mínimo de 30 minutos de AF moderada em 5 dias cada semana ou em alternativa poder-se-á praticar 20 minutos de AF vigorosa em 3 dias semanais diferentes. É ainda preconizado que para manter uma boa autonomia física, adultos beneficiariam de exercícios de força muscular no mínimo 2 vezes por semana, treinando os grandes grupos musculares, sendo recomendado entre 8 a 10 exercícios efectuados em 2 ou mais dias não consecutivos por semana. Estas actividades devem ser progressivas quer na carga, intensidade e repetições<sup>42,55,56</sup>.

Apesar do reconhecido benefício da AF e do impacto negativo do sedentarismo na Saúde Pública e individual, estudos internacionais determinam que a Europa se apresenta como um Continente parco nesta prática, obtendo uma prevalência de AF escassa, de aproximadamente 30% de activos nos estados-membros da União Europeia<sup>49,57</sup>.

Contudo observou-se uma enorme discrepância entre Estados. Países do norte da Europa como Finlândia e Suécia ocupam lugares cimeiros na prevalência de AF, rondando os 90% de população fisicamente activa, seguindo-os de perto encontram-se a Áustria, Holanda e Irlanda com valores acima dos 80%, na cauda da contagem encontram-se os países mediterrânicos, cabendo a Portugal a classificação mais medíocre, sendo a população com hábitos de AF menos marcados<sup>30,49,58</sup>.

A prática de AF não é uniforme quanto à sua adesão. Há uma clara e inequívoca diferença comportamental entre homens e mulheres. Estudos são unânimes na constatação de uma maior anuência desta prática em indivíduos do sexo masculino<sup>21,59,60,61,62</sup>.

O comportamento sedentário tem emergido notoriamente na população

ocidental, e de forma alarmante na população portuguesa. Embora seja bem patente que este comportamento acarreta um leque alargado de patologias tal parece não ser suficientemente apelativo a uma mudança de atitude. A inactividade física é um factor desencadeante ou pelo menos contribui de forma decisiva para quadros clínicos de aumento de risco de doença coronária, hipertensão arterial, obesidade, dislipidémia, diabetes tipo 2, osteoporose, artrite, ansiedade, depressão, entre outros, relacionando-se directamente com mortalidade prematura e com qualidade de vida inferior. Acresce que, doenças crónicas anteriormente características da idade adulta e sénior são hoje são cada vez mais frequentes em crianças e jovens. Jovens com baixos níveis de actividade física têm com maior propensão a desencadear e aumentar o risco quer de patologias do foro cardiovascular, metabólico e respiratório, quer psicossocial <sup>49,58,63,64,65</sup>.

É, portanto, estratégia fulcral e de suma importância promover a AF na população, dado que ser activo é condição determinante na saúde no seu global.

## **1.4 - Problema**

Será que existe associação entre apresentação de sintomatologia depressiva e prática de actividade física em jovens universitários.

## **1.5 – Objectivo geral**

O presente estudo tem como objectivo analisar a relação entre sintomatologia depressiva e prática de actividade física em jovens matriculados nos cursos de licenciatura no Instituto Politécnico de Bragança.

### **1.5.1– Objectivos específicos**

1. Identificar a prevalência de risco de sintomatologia depressiva.
2. Identificar a prevalência de actividade física.

## **1.6 – Hipótese geral**

Existe associação entre sintomatologia depressiva e prática de actividade física em jovens universitários.

### **1.6.1- Hipóteses secundárias:**

1. Existe diferença significativa entre géneros na apresentação de sintomatologia depressiva.
2. Existe diferença significativa entre géneros na prática de actividade física.



## **2 – MATERIAL E MÉTODOS**

### **2.1 – População/ Amostra**

A população alvo deste estudo foi a comunidade estudantil matriculada no ano lectivo de 2010/2011 em cursos de licenciatura da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (n=844).

A amostra desta investigação foi composta por 394 alunos inscritos em cursos de licenciatura na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, sendo 346 (87,8%) do género feminino e 48 (12,2%) do género masculino. A média de idades situou-se nos 20,21 anos com um desvio-padrão de 3,507. Quanto ao ano de inscrição do curso, 150 (38,1%) estavam matriculados no 1.º ano, 102 (25,9%) no 2.º ano e 142 (36,0%) no 3.º ano. Relativamente ao curso de licenciatura, 69 (17,5%) frequentavam Análises Clínicas e Saúde Pública, 55 (14,0) Farmácia, 116 (29,4%) Enfermagem, 97 (24,6%) Dietética e 57 (14,5%) Gerontologia.

### **2.2 - Instrumento de recolha de dados – Questionário**

O instrumento de recolha de dados utilizado para realizar o actual trabalho foi o questionário “Qualidade de vida e saúde dos estudantes do ensino superior”. (Anexo A)

O questionário encontra-se dividido em duas partes fundamentais, uma primeira parte com questões que caracterizam a amostra antropométrica, sócio-demograficamente e quanto à prática de AF e uma segunda parte onde se inclui a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos, CES-D<sup>66</sup>.

O primeiro bloco de questões abordam informação pessoal como o sexo, data de nascimento, curso e ano que frequenta; parâmetros antropométricos: peso e altura auto-reportados.

O peso e a altura foram posteriormente utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC é definido pela entre peso (kg) dividido pela altura (m) ao quadrado ( $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$ ).

Através do IMC é possível classificar os indivíduos quanto ao seu estado nutricional, podendo variar na população adulta, entre baixo peso/desnutrição se o IMC for inferior  $18,5 \text{ kg/m}^2$ , normoponderal/eutrófico se o IMC se situar entre  $18,5 \text{ kg/m}^2$  e  $24,9 \text{ kg/m}^2$  (inclusive), excesso de peso se o IMC apresentado estiver no intervalo de  $25 \text{ kg/m}^2$  a  $29,9 \text{ kg/m}^2$  (inclusive) e obesidade se o IMC for superior ou igual a  $30 \text{ kg/m}^2$  <sup>67</sup>.

Quanto à escala utilizada na segunda metade do questionário, os estudos iniciais da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) decorreram entre 1973 e 1977, na sequência destes, a CES-D tem sido aplicada em inúmeras investigações, quer nos Estados Unidos, bem como em outros países, incluindo Portugal, onde foi efectuada adaptação do questionário <sup>66,68,69</sup>.

Inicialmente foi aplicada esta escala a três amostras diferentes da população geral e após a análise factorial os resultados foram similares, permitindo identificar quatro factores:

1. Afecto depressivo (7 itens)
2. Afecto positivo (7 itens)
3. Somatização e diminuição da actividade (4 itens)
4. Interpessoal (2 itens)

Trata-se de um questionário de auto-resposta, com 20 questões seleccionadas a partir dum conjunto de itens retirados de escalas de depressão, de forma a permitir representar os principais aspectos da sintomatologia depressiva <sup>66,70</sup>.

As respostas dadas ao questionário, são avaliadas pela frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento e pontuados de 0 a 3. Quatro dos itens são ordenados numa direcção positiva para reduzir o viés de resposta, correspondendo às categorias das afirmações de afecto positivo (itens: 4, 8, 12, 16) codificando-se pela ordem inversa.

A pontuação é atribuída da seguinte forma: 0 – Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia); 1 - Ocasionalmente (1 ou 2 dias); 2- Com alguma frequência (3 ou 4 dias); 3 – Com muita frequência ou sempre (5 a 7 dias). A soma dos resultados das 20 questões pode variar entre 0 e 60 pontos. As pontuações mais elevadas indicam sintomas depressivos na forma mais severa.

Optou-se por esta escala por ser um instrumento simples, de boa aceitação e de fácil aplicabilidade<sup>70,71</sup>.

A escala CES-D foi desenvolvida para aplicação na população geral adulta, contudo e apesar de haverem poucos estudos na população jovem, os existentes demonstram a semelhança na sensibilidade e confiabilidade relativamente a população geral, validando desta forma a sua utilização em populações jovens<sup>70,72,73</sup>.

É importante clarificar que a esta escala não é um instrumento de diagnóstico clínico para avaliar depressão, mas disponibiliza indicadores de risco dessa doença, através da expressão de sintomatologia depressiva.

### **2.2.1. – Variáveis principais**

#### **Actividade física:**

O conceito de AF foi anteriormente mencionado, sendo descrito na introdução.

Neste estudo foram consideradas válidas todas as respostas positivas quanto à prática de AF, independentemente da duração, intensidade ou da sua natureza.

#### **Sintomatologia depressiva:**

O ponto de corte para indicação de risco de sintomatologia depressiva usado neste estudo foi de 16 pontos. Isto é, pontuações com valor igual ou superior a 16 indicam risco. A escolha deste valor recaiu neste número uma vez que, este é o ponto de corte que a literatura mais refere, sendo amplamente enumerado em investigações e artigos quer norte-americanos, latinos e europeus, reunindo o maior consenso 68,69,70,71,74,75,76,77,78 .

### **2.3 – Procedimento de recolha de dados**

Previamente à recolha de dados, foi solicitada autorização à Escola Superior de Saúde para aplicação do questionário.

Os alunos foram antecipadamente informados dos objectivos da investigação, da metodologia de aplicação do questionário e que este era parte integrante de um projecto de investigação<sup>11</sup>.

A recolha de dados foi realizada no primeiro semestre do ano lectivo de 2010/2011, nos meses de Outubro e Novembro, em contexto de sala de aula, obedecendo a uma calendarização antecipadamente estabelecida com os docentes da Escola Superior de Saúde.

Os estudantes preencheram os questionários no momento em que lhes foram distribuídos, com a presença do docente da unidade curricular que assegurou as condições de resposta individual e voluntária, garantindo o respeito pelo anonimato. Após o seu preenchimento os questionários foram recolhidos pelo respectivo docente e entregues ao responsável pelo projecto.

Foram respeitados os princípios básicos de conduta presentes na declaração de Helsínquia para investigação com Seres Humanos.

## **2.4 - Procedimentos de análise de dados**

O tratamento estatístico dos dados recolhidos no questionário “Qualidade de vida dos estudantes do ensino superior” foi efectuado informaticamente recorrendo ao programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows versão 17.0.

Para uma melhor interpretação e análise dos dados os mesmos foram apresentados em tabelas, de modo organizado, obedecendo a uma sequência estabelecida no questionário.

Realizou-se uma análise descritiva das variáveis em estudo, nomeadamente frequências absolutas, frequências relativas, média e desvio padrão. Posteriormente foi verificada a normalidade da amostra, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, submetido à correcção de Lilliefors. Para medição da consistência interna da escala adoptada foi aplicado o método de Alpha de Cronbach. Foram efectuados testes de correlação através do coeficiente de Phi e executado o cálculo de *Odds Ratio* com intervalo de confiança de 95%.



### 3 - RESULTADOS

O universo da amostra analisada corresponde a 394 indivíduos.

Relativamente à distribuição da amostra em relação à divisão de casa com terceiros, mais de 90% dos inquiridos referem fazê-lo durante o ano lectivo, sendo uma minoria os que moram sozinhos. Dos participantes que responderam morar acompanhados durante o ano lectivo, aproximadamente 80% mencionam partilhar residência com amigos, sendo apenas cerca de 20% os que tem acompanhamento familiar na residência durante o tempo lectivo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto à composição do agregado residencial

Questão	N (%)
<b>Vive sozinho durante o ano lectivo?</b>	
Sim	38 (9,6)
Não	356 (90,4)
<b>Com quem mora durante o ano lectivo?</b>	
Amigos	271 (76,8)
Família	82 (23,2)

Quanto ao estado nutricional da amostra verifica-se uma enorme taxa de indivíduos que possuem um estado nutricional adequado, chegando a representar quase 80% da amostra, relativamente ao baixo peso/desnutrição apresenta uma prevalência reduzida, inferior a 6%. No que concerne a estados nutricionais de sobrepeso (excesso de peso e

obesidade) verifica-se que somente cerca de 15% da nossa amostra se situa neste escalão (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto ao estado nutricional

Estado Nutricional	N (%)
Baixo peso	22 (5,7)
Normoponderal	308 (79,6)
Excesso de peso	45 (11,6)
Obesidade	12 (3,1)

Analisando a tabela 3, constata-se que unicamente 1 pessoa não respondeu a esta questão. Dos que responderam, pouco mais de um quarto dos inquiridos respondeu positivamente, referindo por isso essa prática, contudo a larga maioria dos participantes não possui qualquer hábito de praticar actividade física/desporto. De referir da totalidade da amostra inquirida, só cerca de 11% respeita os critérios que o CDC e ACSM preconizam.

Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto à prática de actividade física

AF	N (%)
Não	285 (72,5)
Sim	108 (27,5)
(Cumpre critérios)	44 (11,2)

De acordo com o género, observa-se uma disparidade de nível de AF, enquanto que nos estudantes masculinos a maioria pratica AF, nas estudantes femininas a larga parte não tem qualquer hábito de efectuar esta actividade, chegando a ser quase três vezes superior a taxa de praticantes masculinos comparativamente ao género feminino (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos inquiridos por género quanto à prática de actividade física

Género	Sim N (%)	Não N (%)
Feminino	78 (22,6)	267 (77,4)
Masculino	30 (62,5)	18 (37,5)

Quanto ao tipo de AF praticada verifica-se que a preferência recai sobre exercícios aeróbios, em modalidades como dança, caminhada ou futebol, que promovem a resistência cardio-respiratória, representando mais de 94%, cabendo ao treino de força apenas a predilecção de aproximadamente 6% dos estudantes (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de actividade física

Tipo de actividade física	N (%)
Exercício aeróbio	96 (94,1)
Exercício de Força	6 (5,9)

Relativamente à duração da AF, os resultados apurados indicam que a média por sessão se situa próxima de 1 hora e 15 minutos, distribuída por uma frequência inferior a 3 vezes por semana.

Tabela 6 - Tempo dedicado à prática de actividade física

N	Média (minutos/sessão)	Desvio- padrão	Média frequência/semana	Desvio- padrão
104	72,88	44,08	2,63	1,55

No tocante à intensidade da AF, a mais referida foi a intensidade moderada. No campo oposto a intensidade vigorosa, logo a que requer maior esforço físico, foi a mencionada menos vezes, abrangendo uma amostra inferior a 15% (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos segundo a intensidade de actividade física

Intensidade	N (%)
Ligeira	20 (19,0)
Moderada	70 (66,7)
Vigorosa	15 (14,3)

Examinando a consistência interna da escala de CES-D, obteve-se um resultado de aproximadamente 0,9, este valor demonstra uma boa consistência do instrumento.

Tabela 8 - Consistência interna escala CES-D

N.º itens da escala	N.º questionários	Alpha Cronbach
20	376	0,884

Considerando que os itens da escala CES-D construiu-se a tabela 9, onde pelo somatório das 2 respostas com conotação mais negativa se encontra a prevalência na nossa amostra de cada sintoma de forma individual, bem como a média da pontuação obtida em cada item e ainda o desvio-padrão.

Pela observação da tabela, verifica-se que o sintoma com frequência mais elevada se relaciona com perturbações do sono, sendo referido por aproximadamente dois quintos dos estudante, Destaca-se ainda a alta taxa de inquietos que reportam receio e pouca confiança no futuro, representando 38,2%. Estes 2 parâmetros foram os que pontuação média mais elevada alcançaram.

De destacar outros 2 sintomas com ocorrência ainda que não tão prevalente mas a requerer referenciação como a dificuldade de concentração representando 27% e a pouca satisfação em viver, com uma percentagem de 23,9%.

Com níveis de resposta menos expressivos encontram-se os sintomas relativos a ligações sociais, representando menos de 5% os indivíduos que vivenciaram experiências pouco agradáveis, foram tratados de forma pouco cortês pelos outros ou sentiram animosidade por parte de terceiras pessoas.

**Tabela 9 - Prevalência de sintomas escala CES-D**

	N (%)	Média	Desvio-padrão
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	36 (9,3)	0,58	0,664
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite	56 (14,3)	0,62	0,743
3. Senti que não consegui livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda dos amigos ou da família	49 (12,5)	0,54	0,721
4. Senti que valia tanto como os outros	79 (19,9)	0,84	0,856
5. Tive dificuldades em manter-me concentrado no que estava a fazer	106 (27,0)	1,13	0,742
6. Senti-me deprimido	47 (11,9)	0,63	0,744
7. Senti que tudo do que fazia era um esforço.	53 (13,6)	0,70	0,765
8. Senti-me confiante no futuro.	150 (38,2)	1,27	0,831
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	18 (4,8)	0,25	0,590
10. Senti-me com medo.	40 (10,3)	0,59	0,741
11. Dormi mal.	123 (31,3)	1,16	0,893
12. Senti-me feliz.	76 (19,5)	0,86	0,796
13. Falei menos do que o costume.	54 (13,8)	0,76	0,730
14. Senti-me sozinho.	38 (9,7)	0,55	0,745
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	14 (3,6)	0,31	0,552
16. Senti prazer ou gosto na vida.	94 (23,9)	0,92	0,782
17. Tive ataques de choro.	35 (8,9)	0,42	0,703
18. Senti-me triste.	39 (9,9)	0,65	0,712
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.	19 (4,8)	0,33	0,600
20. Senti falta de energia.	77 (19,6)	0,92	0,776

Analisando a tabela 10 verificou-se que a média do somatório da escala se situa nos 14 pontos, sendo que oscilaram em participantes que obtiveram um somatório de 0 pontos, isto é, não experimentaram nenhum dos sintomas anteriormente referidos, e os que obtiveram uma pontuação de 46 pontos, muito acima do ponto de corte para risco de depressão.

Tabela 10 - Distribuição da amostra quanto ao somatório da escala CES-D

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
393	0	46	14,01	8,187

De acordo com os resultados obtidos através do somatório dos itens da escala CES-D, constata-se que mais de um terço dos indivíduos investigados possui risco de apresentar sintomatologia depressiva (SD) (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição da amostra quanto ao Risco de Sintomatologia Depressiva

Risco de SD	N (%)
Sem risco de sintomatologia depressiva	246 (62,6)
Com risco de sintomatologia depressiva	147 (37,4)

Analisando a tabela 12, observa-se a prevalência superior de risco de SD em estudantes que não tem por hábito uma prática regular de AF, sofrendo um aumento de cerca de 20% relativamente aos praticantes de AF. Tendo em conta o risco de apresentação de SD entre os indivíduos estudados praticantes de AF verifica-se que a probabilidade é inferior a 1, ou seja, tem alguma protecção (OR=0,736; IC95% 0,461-1,176; p=0,200), por oposição constata-se que o risco SD é 1,36 vezes superior em estudantes que não tenham como tarefa a prática de AF, quanto à correlação entre prática de AF e risco de SD averigua-se a relação inversa existente contudo não podemos inferir a validade da premissa dado que não existe significância estatística.

Quanto aos indivíduos que cumprem as recomendações preconizadas para a AF, verifica-se que exibem uma prevalência inferior de risco de SD quer quando comparados com os que fazendo AF não cumprem as recomendações, quer com os que não praticam qualquer tipo de AF. Quanto ao risco de SD, apresentam uma protecção de cerca de 2 vezes (OR=0,522; IC95% 0,255-1,068; p=0,071), porém, e apesar de correlação negativa que reafirma a diminuição do risco, não é encontrado significado estatístico.

De acordo com a tipologia de exercício executado, os dados são sobreponíveis quer na prevalência, quer no risco (OR=1,048; IC95% 0,182-6,036; p=0,958).

Considerando a intensidade, denota-se que a intensidade ligeira apresenta uma prevalência de SD inferior às restantes intensidades, quanto ao risco de SD é-lhe conferida protecção (OR=0,479; IC95% 0,144-1,594; p=0,224), contudo sem significado estatístico.

Tabela 12 - Associação entre sintomatologia depressiva e actividade física

	<b>Risco SD</b>		Correlação	OR (IC 95%)	p
	Sim N (%)	Não N (%)			
<b>AF</b>					
Sim	35 (32,4)	73 (67,6)	-0,065	0,736 (0,461-1,176)	0,200
Não	112 (39,4)	172 (60,6)		1†	
<b>Critérios</b>					
Sim	11 (25,0)	33 (75,0)	-0,091	0,522 (0,255-1,068)	0,071
Não	136 (39,0)	213 (61,0)		1†	
<b>Tipo</b>					
Aeróbio	31 (32,3)	65 (67,7)	0,005	1,048 (0,182-6,036)	0,958
Força	2 (33,3)	4 (66,7)		1†	
<b>Intensidade</b>					
Ligeira	4 (20,0)	16 (80,0)	-0,128	0,479 (0,144-1,594)	0,224
Moderada	24 (34,3)	46 (65,7)		1†	
Vigorosa	5 (33,3)	10 (66,7)	-0,008	0,958 (0,294-3,124)	0,944

1† - Classe de referência

Estratificando a amostra por género, na associação entre sintomatologia depressiva e actividade física constata-se a não significância estatística em todos os parâmetros, quer a sua prática, tipologia e intensidade. Evidenciando-se meramente a maior prevalência de risco de apresentação de SD no género feminino, independentemente da associação efectuada.

Tabela 13 - Associação entre sintomatologia depressiva e actividade física - Género

		<b>Risco SD</b>		Correlação	OR (IC 95%)	p	
		Sim	Não				
		N (%)	N (%)				
<b>AF</b>							
♀	Sim	30 (38,5)	48 (61,5)	-0,025	0,886 (0,528-1,487)	0,649	
	Não	110 (41,4)	156 (58,6)				1†
♂	Sim	5 (16,7)	25 (83,3)	0,076	1,600 (0,276-9,261)	0,607	
	Não	2 (11,1)	16 (88,9)				1†
<b>Critérios</b>							
♀	Sim	9 (36,0)	16 (64,0)	-0,026	0,812 (0,348-1,892)	0,629	
	Não	131 (40,9)	189 (59,1)				1†
♂	Sim	2 (10,5)	17 (89,5)	-0,093	0,565 (0,098-3,261)	0,529	
	Não	5 (17,2)	24 (82,8)				1†
<b>Tipo</b>							
♀	Aeróbio	28 (38,9)	44 (61,1)	0,037	1,571 (0,094-26,154)	0,755	
	Força	1 (50,0)	1 (50,0)				1†
♂	Aeróbio	3 (12,5)	21 (87,5)	0,125	2,333 (0,179-30,371)	0,526	
	Força	1 (25,0)	3 (75,0)				1†
<b>Intensidade</b>							
♀	Ligeira	4 (20,0)	16 (80,0)	-0,199	0,357 (0,104-1,221)	0,095	
	Moderada	21 (41,2)	30 (58,8)				1†
	Vigorosa	4 (66,7)	2 (33,3)				0,158
♂	Ligeira	-----	-----	-----	-----	-----	
	Moderada	3 (15,8)	16 (84,2)		1†		
	Vigorosa	1 (11,1)	8 (88,9)	-0,062	0,667 (0,059-7,475)	0,752	

1† - Classe de referência

No que concerne à variável género, comprovou-se uma diferença abismal de prevalência de risco de SD, sendo o género feminino o que maior valor ostenta, atingindo mais de 40% das participantes, contrapondo com os cerca de 15% dos participantes masculinos. De realçar que as participantes femininas deste estudo, têm uma probabilidade de exibirem um quadro depressivo 4 vezes superior aos congéneres masculinos

(OR=4,000; IC95% 1,1744-9,172; p <0,001), tendo este resultado significado estatístico, podendo ser confirmada esta premissa (Tabela 14).

Tabela 14 - Associação entre sintomatologia depressiva e género

	Risco SD		Correlação	OR (IC 95%)	p
	Sim N (%)	Não N (%)			
<b>Género</b>					
Feminino	140 (40,6)	205 (59,4)	0,176	4,000 (1,744-9,172)	<0,001
Masculino	7 (14,6)	41 (85,4)		1†	

1† - Classe de referência

Na tabela 15 evidencia-se a maior taxa de praticantes de AF nos estudantes do género masculino, sendo evidente e notória a disparidade de valores, apresentando os estudantes masculinos uma probabilidade cerca de 6 vezes mais elevada de praticar AF comparativamente às colegas do sexo feminino (OR=5,705; IC95% 3,019-10,782; p <0,001). Referente à correlação entre a actividade física e género, verifica-se uma interdependência com significado estatístico, comprovando deste modo a hipótese testada, isto é, a existência de associação entre prática de AF e pertencer ao género masculino.

Tabela 15 - Associação entre prática de actividade física e género

	Actividade física		Correlação	OR (IC 95%)	p
	Sim N (%)	Não N (%)			
<b>Género</b>					
Feminino	78 (22,6)	276 (77,4)		1†	
Masculino	30 (62,5)	18 (37,5)	0,293	5,705 (3,019-10,782)	<0,001

1† - Classe de referência



## 4 – DISCUSSÃO

Os indivíduos incluídos neste trabalho de investigação são maioritariamente do género feminino, isto deve-se ao perfil educativo ter sofrido uma alteração nas últimas décadas, assistindo-se ao crescente e cada vez mais relevante papel das mulheres na vida académica. Segundo dados do portal *Pordata*<sup>79</sup> mais de metade da comunidade universitária portuguesa é composta por estudantes femininas. Contudo, o número apurado nesta investigação foi enormemente discrepante, representando quase 90% da amostra inquirida. Sabe-se que as áreas de estudo preferenciais das mulheres ao nível do ensino superior relacionam-se com a saúde e protecção social, explicando este valor, dado que a totalidade da amostra frequenta cursos de licenciatura nesta área<sup>80</sup>.

O estado nutricional da nossa amostra revelou-se uma surpresa positiva, é reconhecida a preocupante prevalência de estados nutricionais desadequados, designadamente os caracterizados por excesso ponderal, de facto a obesidade é uma condição cada vez mais observada na população ocidental, e o nosso país não é excepção. Todavia a prevalência de sobrepeso encontrada foi substancialmente inferior (14,7%) a resultados encontrados por outros autores para portugueses adultos, onde a prevalência ronda os 50%<sup>81,82</sup>. Podendo justificar-se por a amostra ser altamente instruída, tendo por isso um acesso facilitado a informação de saúde e mais competências para integrarem um estilo de vida saudável, tomando consciência de forma efectiva dos perigos do peso excessivo<sup>83</sup>.

O ingresso no ensino superior acarreta, na grande parte dos casos, grandes mudanças no quotidiano. As alterações no estilo de vida vão desde a mudança de residência, horas de sono, hábitos alimentares, tempo despendido no estudo e forma de ocupação de tempos de lazer.

A prática de AF tem vindo a perder terreno, em diversas faixas etárias, como actividade regular. Estudos demonstram que a entrada no ensino universitário coincide com um decréscimo nos níveis de AF. Verificou-se

na presente investigação que apenas 27,5% da nossa amostra era fisicamente activa. Observando estudos com o mesmo propósito e população análoga, denota-se o menor nível de AF nos nossos participantes, sendo preocupante esta realidade, uma vez que são amplamente descritos os benefícios da prática regular de AF <sup>60,84,85,86</sup>.

Comparativamente com investigações efectuadas anteriormente na mesma instituição de ensino, é manifesto o decrescente nível de AF, no qual 54,5% dos inquiridos eram praticantes de AF <sup>87</sup>. Isto pode ser explicado pela recolha de dados ter sido realizada nos primeiros meses do semestre inicial, em que os estudantes estão ainda a reestruturarem-se, a compreender e assimilar a nova realidade em que estão inseridos, onde a vida académica extra-curricular está no seu pico, sendo descuradas actividades como AF.

Embora a AF não se afigure com tarefa da predilecção dos participantes, os que o fazem despendem pouco mais de uma hora por sessão para tal, confirmando por isso essa realidade.

Há também uma diferença inequívoca entre géneros, sendo os homens os que revelam níveis de AF mais elevados, corroborando estes dados com os de outros estudos <sup>21,22,59,60</sup>.

A relação entre prática de AF e género é tão nítida e evidente que a probabilidade de estes se exercitarem é seis vezes mais elevada que as suas colegas, certificando a existência significativa de diferença entre géneros.

Considerando a escala de CES-D e a sua fiabilidade, esta demonstrou uma boa consistência interna, sendo os valores sobreponíveis a outras investigações <sup>70,73</sup>.

Na sequência da utilização da escala mencionada anteriormente, destacou-se a elevada proporção de indivíduos que assumem o descrédito no futuro e perturbações do sono. Esta situação é preocupante, se por um lado é compreensível a inquietude quanto ao futuro dada a actual conjuntura sócio laboral, a perturbação do sono evocada por uma grande percentagem dos participantes é inquietante. A

prevalência deste sintoma é mencionada por quase a terça parte da amostra, resultado comparável com o de outros autores <sup>88</sup>. Estudos anteriores referem que a população universitária manifesta duas a cinco vezes, quando comparada com a restante população, problemas no sono. É ainda conhecida a relação entre esta condição e fadiga, atenção e concentração dificultada, insucesso escolar e risco aumentado de depressão. A associação entre sono insuficiente ou deficitário e depressão pode ser explicado pelo efeito na regulação neuronal do humor <sup>88,89</sup>. Pelo exposto, é premente uma identificação precoce do sintoma, monitorizando a oscilação no rendimento académico, comportamento em contexto de ensino, implicando uma rede social e escolar mais vigilante e interventiva.

Na amostra foi observado um valor de estudantes em risco de apresentação de sintomatologia depressiva elevada. Embora o instrumento utilizado na investigação não possa ser utilizado para diagnóstico de depressão, indica-nos o risco de o indivíduo desenvolver um quadro clínico depressivo. Há uma tendência generalizada para desvalorizar e até mesmo negligenciar os problemas mentais, tanto por parte do próprio quanto do círculo social envolvente, o que leva inúmeras vezes a que o seu diagnóstico ou admissão seja efectuado tardiamente, dificultando o seu tratamento e sucesso deste. Face a essa situação, escalas como a utilizada neste trabalho é de evidente conveniência, dado ser de fácil aplicabilidade e indicar claramente o risco ou não de apresentação desta patologia.

Mais de um terço dos indivíduos estudados incorre no risco de desenvolver patologia depressiva, valor sobejamente alarmante e inflacionado relativamente a estudos congéneres, onde o valor percentual se encontra entre os 8 a 15% <sup>28,90,91</sup>.

Ao nível da correlação entre AF e risco de SD, os estudantes participantes neste estudo que não praticam AF apresentam risco acrescido de padecerem desta doença. De facto, a associação protectora que a AF confere ao desenvolvimento de quadro depressivo é

amplamente descrita e referida por diversos autores. Nesta investigação esta acção protectora da AF é imputada quer aos indivíduos que a praticam de forma irregular quer aos que cumprem as recomendações preconizadas pela ACSM<sup>55,56</sup>, mostrando assim que a esta protecção não se relaciona com o tempo dispendido mas sim com a prática em si.

Apesar de os resultados demonstrarem essa tendência protectora da AF não é possível aferir com exactidão essa associação uma vez que não foi encontrado significado estatístico.

Contudo a AF está relacionada com uma melhor saúde mental, com redução de sintomatologia depressiva e pensamento e comportamento suicida. Os benefícios da AF são tão notórios que o *National Institute for Health and Clinical Excellence* nas guidelines para tratamento da depressão recomenda a AF. No lado oposto, o sedentarismo está ligado a consequência de saúde, prejudiciais entre as quais os sintomas depressivos<sup>22,33,34,35,36,37,38,39,40,92,93,94,95,96</sup>.

Pelo acima mencionado é de suma importância a adopção de políticas de saúde onde a prevenção seja prioritária, o incentivo à prática de AF enfatizado e divulgados os seus benefícios. É ainda necessária a criação de infra-estruturas apelativas e inculcida a cultura desportiva na nossa população.

Nas últimas décadas, um número substancial de pesquisas explorou a diferença entre géneros numa ampla gama de comportamentos e competências, incluindo as perturbações mentais.<sup>20,95,97,98</sup>

As mulheres têm uma probabilidade maior de desenvolver depressão. Vários agentes influenciam nessa diferença de género: factores biológicos como a genética, questões hormonais, função adrenal e sistema neurotransmissor e factores psico-sociais, tais como vulnerabilidade, vitimização e traumas de infância, resposta ao stress, autoconceito, e pressão social<sup>20,95,97,98</sup>.

Esta premissa é comprovada neste estudo, onde estas exibiram um risco quatro vezes superior e uma prevalência quase triplicada. Atestou-se a correlação entre género feminino e risco de depressão.

Esta relação é tão evidente que até mesmo Associação Americana de Psiquiatria refere a maior afectação de sintomatologia depressiva nas mulheres<sup>12</sup>.

Quanto a possíveis limitações da metodologia utilizada no presente estudo, podem ser inferidas aos parâmetros auto-reportados, como a antropometria e AF.

O uso de registos de peso e altura auto-reportados é frequente na investigação clínica. Sabe-se que muitas vezes ocorre uma sobrestimação na altura e, pelo contrário, uma tendência para referir um peso abaixo do real, todavia as pesquisas efectuadas para validar esta prática indicam que estas constituem informação confiável e de relevo em contexto de estudos epidemiológicos, ou quando a população apresenta um alto nível educacional e acesso privilegiado a serviços ou informação de saúde, sendo mesmo um método comprovadamente útil para determinar IMC em estudantes universitários<sup>99,100,101,102,103, 104</sup>.

Relativamente à avaliação da AF em investigações epidemiológicas ou com um número alargado de participantes, métodos subjectivos como auto-relato por questionário, demonstram níveis satisfatórios de validade e confiabilidade na determinação de prática de AF de carácter genérico, forma de AF avaliada neste estudo<sup>105,106,107,108,109</sup>.

Desta forma, considerou-se viável a metodologia adoptada para a caracterização da amostra em questão.

Quanto ao grau de generalização dos resultados, no que diz respeito à amostra, pode estabelecer uma limitação, dado que foi constituída exclusivamente por sujeitos de uma instituição.



## 5 – CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que a sintomatologia depressiva incorre cada vez mais em camadas jovens da população, encontrando-se na amostra uma prevalência e risco elevado de ter um quadro de sintomatologia depressiva.

A sintomatologia depressiva atinge de forma transversal a comunidade estudantil universitária, no entanto jovens sem prática regular de actividade física e do género feminino são mais afectados por esta condição, comprovando-se, e de forma estatisticamente significativa, uma contundente desigualdade entre géneros.

Verificou-se ainda que a comunidade universitária não está desperta para a prática de actividade física, não tendo por rotina esta tarefa e apresentando-se maioritariamente sedentária. Relativamente à diferença entre géneros para a prática de actividade física, foi confirmada a disparidade significativa de hábitos, sendo as mulheres inequivocamente mais inactivas.

Não foi possível certificar a efectividade da associação entre sintomatologia depressiva e prática de actividade física, isto é, não houve evidência suficientemente forte para provar esta premissa, este facto poder-se-á dever à homogeneidade amostral.

Sugere-se que sejam efectuados estudos alargados a nível nacional, onde seja realizado um diagnóstico precoce de sintomatologia depressiva e detectada a prevalência de actividade física, para consciência efectiva da realidade e do caminho a percorrer, pois só com políticas de saúde pró-activas e de prevenção, se evita a degradação da saúde populacional no seu conjunto, isto é, quer física quer mental.



## 6 – BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva. 2004.
2. Alves AA, Rodrigues NF. Determinantes sociais e económicos da saúde mental. Rev Port Saúde Pública. 2010; 28(2): 127-131.
3. Apóstolo JL, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. Rev latino-am enfermagem. 2011 Mar-Abr; 19(2).
4. Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Almeida JM. O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. Acta Med Port. 2005; 18: 129-146.
5. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva. 2003.
6. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva. 2004.
7. Dicionário Priberam da língua portuguesa. Available in: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=depressao>.
8. Paykel ES. Basic concepts of depression. Dialogues Clin Neurosci. 2008; 10(3): 279-89.
9. Alves J. Exercício e saúde: adesão e efeitos psicológicos. Psychologica. 2005; 39: 57-73.
10. Wilkinson G, Moore P, Moore B. Guia prático climepsi do tratamento da depressão. Climepsi Editores PC. 2005.

11. Rainho C, Correia T, Barroso I, Monteiro M, Rodrigues V. Sintomatologia depressiva en estudantes universitarios de la ensenaza politécnica. In XIV Encuentro International de Investigación en Enfermería. 14 th International Nursing Research Conference; 2010. ISBN 84-978-84-693-6791-9.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais.4.<sup>a</sup> edição. Climepsi Editores; 2002.
13. Costa RA, Soares HL, Teixeira JA. Benefícios da actividade física e do exercício físico na depressão. Rev Dep Psicol. 2007 Jan-Jun; 19(1): 269-276.
14. Abreu JL. Como Tornar-se doente mental. Dom Quixote Editora: Lisboa; 2006.
15. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). Am J Psychiatry. 2011 May; 168(5): 495-501.
16. Porto JA. Conceito e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21: 6 - 12.
17. Abdel-Nassa AM, El-Azim AB, El-Badawy SA, Rasker JJ, Valkenburg HA. Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. Brit J Rheumatol. 1998; 37: 391-397.
18. Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning. J Consult Clin Psychol. 1995; 63 (1): 90-100.

19. Scorza FA, Guerra AB, Cavalheiro EA, Calil HM. Neurogênese e depressão: etiologia ou nova ilusão?. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(3): 249-53.
20. Ryba MM, Hopko DR. Gender differences in depression: assessing mediational effects of overt behaviors and environmental reward through daily diary monitoring. Depress Res Treat. 2012; 1-9.
21. Kelley GA. Gender differences in the physical activity levels of young african-american adults. J Med Assoc. 1995; 87:545-548.
22. Rainho C, Correia T, Barroso I, Monteiro M, Rodrigues V. Sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de la enseñanza politécnica. XIV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Burgos; 2010: 54-56.
23. Rothon C, Edwards P, Bhui K, Viner R, Taylor S, Stansfeld SA. Physical activity and depressive symptoms in adolescents: a prospective study. BMC Medicine. 2010; 8:32.
24. Rutherford BR, Wager TD, Roose S. Expectancy and the treatment of depression: a review of experimental methodology and effects on patient outcome. Curr Psychiatry Rev. 2010; 6: 1-10.
25. Rodrigues FP. Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental. Climepsi editores. Lisboa. 2004.
26. Montgomery SA. Ansiedade e depressão. 2.<sup>a</sup> Edição. Climepsi Editores. 1995.
27. Zanden R, Kramer J, Gerrits R, Cuijpers P. Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. J Med Internet Res. 2012; 14(3): e86.

28. Zivin K, Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E. Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *J Affect Disord.* 2009; 117: 180-185.
29. Silveira C, Norton A, Brandão I, Roma-Torres A. Saúde mental em estudantes do ensino superior. *Acta Med Port.* 2011; 24 (S2): 247-256
30. European Commission. Actions against depression: improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression. 2004.
31. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lethinen V, Dalgard OS, Casey P et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from ODIN study. *BJ Psych.* 2001;179: 308-316.
32. Cardoso P, Rodrigues C, Vilar A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica.* 2004; 4(XXII): 667-675.
33. Hong X, Li J, Xu F, Tse LA, Liang Y, Wang Z, et al. Physical activity inversely associated with the presence of depression among urban adolescents in regional China. *BMC Public Health.* 2009; 9:148.
34. Korniloff K, Hakkinen A, Kautiainen H, Koponen H, Peltonen M, Pekka M, et al. Leisure-time physical activity and metabolic syndrome plus depressive symptoms in the FIN-D2D Survey. *Prev Med.* 2010.
35. Stavrakakis N, de Jonge P, Ormel J, Oldehinkel AJ. Birectional prospective associations between physical activity and depressive symptoms. The TRAILS study. *J Adolesc Health.* 2012 May; 50(5): 503-8.

36. Azevedo SM, Singh-Manoux A, Brunner EJ, Kaffashian S, Shipley MJ, Kivimaki M et al. Eur J Epidemiol. 2012 Jul; 27(7): 537-46.
37. Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris AD. Effects of exercise and physical activity on depression. Ir J Med Sci. 2011; 180(2): 319-25.
38. Chalder M, Wiles NJ, Campbell J, Hollinghurst SP, Searle A, Haase AM, et al. A pragmatic randomized controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment of depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. Health Technol Assess. 2012; 16(10): 1-164.
39. Tyson P, Wilson K, Crone D, Brailsford R, Laws k. Physical activity and mental health in a student population. J Ment Health. 2010 Dec; 19(6): 492-9.
40. Ansari WE, Stock C, Phillips C, Mabhala A, Stoate M, Adetunji H, et al. Does the association between depressive symptomatology and physical activity depend on body image perception? A survey of students from seven universities in the UK. 2011; 8: 281-299.
41. Strohle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. J Neural Transm. 2009; 116: 777-784.
42. US Department of health and human services. 2008 physical activity guidelines for Americans. Atlanta. 2008.
43. Gomes A, Fernandes A, Oliveira A, Capitão F, Ferreira L, Coelho C. Hábitos alimentares, actividade física e estado nutricional em doentes com depressão. In Lopes V, Rodrigues V, Coelho, Monteiro, M. Promoção da Saúde e Actividade Física: Contributos para o Desenvolvimento Humano. Vila Real: UTAD; 2010. p. 248-256.
44. Vanconcelos-Raposo J, Fernandes HM, Mano M, Martins E.

Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade*. 2009; 5(1): 21-32.

45. Antunes HK, Santos RF, Cassilhas R, Santos RV, Bueno OF, Mello MT. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Ver Bras Med Esporte*. 2006 Mar-Abr; 12(2): 108-114.
46. Pitanga FJ. Epidemiologia, atividade física e saúde. *Rev Bras Ciên Mov*. 2002;10(3): 49-54.
47. Macedo CS, Garavello JJ, Oku EC, Miyagusuku FH, Agnoll PD, Nocetti PM. Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2003; 8(2): 19-27.
48. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985 Mar-Apr; 100 (2): 126-31.
49. Instituto do Desporto de Portugal. Livro verde de actividade física. Observatório nacional da actividade física e desporto. Lisboa 2011.
50. Howley ET. Type of activity: resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. *Med Sci Sports Exerc*. 2001 Jun; 33: 364-369.
51. Jetté M, Sidney K, Blumchen G. Metabolic equivalents (METS) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clin Cardiol*. 1990 Aug; 13(8): 555-65.
52. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exercise*. 2000; 32(9):448-516.
53. Byrne NM, Hills AP, Hunter GR, Weinsier RL, Schutz Y. Metabolic equivalent: one size does not fit all. *J Appl Physiol*. 2005; 99: 1112-

1119.

54. Savage P, Toth M, Ades P. A re-examination of the metabolic equivalent concept in individuals with coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2007 May-Jun; 27(3): 143-148.
55. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health. Update recommendation for adults from the american college of sports medicine and the american heart association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007; 39(8): 1423-1434.
56. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. American college of sports medicine position stand. Quality and quantity of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *ACSM.* 2011; 43(7):1334-1359.
57. Martinez-Gonzalez MA, Varo JJ, Santos JL, Irala J, Gibney M, Kearney J, et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the european union. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33(7): 1142-1146.
58. Camões M, Lopes C. Factores associados à actividade física na população portuguesa. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(2): 218-16.
59. Brandão MP, Pimentel FL, Silva C, Cardoso MF. Factores de risco cardiovascular numa população universitária portuguesa. *Rev Por Cardiol.* 2008; 27 (1): 7-25.
60. Fountaine CJ, Ligouri GA, Mozumdar A, Schuna JM. Physical activity and screen time sedentary behavior in college students. *Int J Exerc Sci.* 2011; 4(2): 102-112.

61. Azevedo MR, Araújo CL, Reichert FF, Siqueira FV, da Silva MC, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health*. 2007; 52 : 8-15.
62. Salles-Costa R, Heilborn ML, Wernwck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad Saúde Pública*. 2003; 17(2): S325-S333.
63. Buckworth J, Nigg C. Physical activity, exercise, and sedentary behavior in college students. *J AM Coll Health*. 2004 Jul-Aug; 53(1):28-34.
64. Charansonney OL. Physical activity and aging: a life-long story. *Discov Med*. 2011 Sep; 12(64): 177-85.
65. Owen N, Healu GN, Matthews CE, Dustan DW. Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev*. 2010 Jul; 38(3): 105-113.
66. Radloff LS. The CES-D scale: a self-reported scale for research in the general population. *Appl Psych Meas*. 1977; 1(3): 385-401.
67. World Health Organization. Physical status: the use of interpretation of anthropometry. Geneva. 1995.
68. Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Koifman S, Porto LA. Depressão em trabalhadores de linhas elétricas da alta tensão. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(2): 235-245.
69. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D. *Am J Prev Med*. 1994 Mar-Apr; 10(2): 77-84.

70. Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em população clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiquiatria Clínica*. 1998; 25(5): 251-61.
71. Batistoni SS, Neri AL, Cupertino AP. Validity of the center for epidemiological studies depression scale among brazilian elderly. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4): 1-7.
72. Yao S, Fang J, Zhu X, Zuroff D. The depressive experiences questionnaire: construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of chinese undergraduates. *Depress Anxiety*. 2009; 26(10): 930-7.
73. González-Fortaleza C, Torres CS, Tapia AJ, Fernández IH, González-González A, García FJ, et al. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la ciudad de México. *Salud Mental*. 2011; 34: 53-59.
74. Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4): 431-8.
75. Diane ES. Documentation of affective functioning measures in the health and retirement study. University of Michigan. Ann Arbor: 2000.
76. Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg J, et al. Center for epidemiologic Studies depression scale had high sensitivity and specificity for major depression in older adults. *BMJ*. 1998; 1(2).

77. Stahl D, Sum CF, Lum SS, Liow PH, Chan YH, Verma S, et al. Validation of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in a multiethnic group of patients with diabetes in Singapore. *Diabetes Care*. 2008; 31: 1118-1119.
78. Lesman-Leegte I, Veldhuisen D, Hillege H, Moser D, Sanderman R, Jaarsma T. Depressive symptoms and outcomes in patients with heart failure: data from COACH study. *Euro J Heart Fail*. 2009; 11:1202-1207.
79. Pordata - Base de dados de Portugal Contemporâneo. Available in: <http://www.pordata.pt/portugal/alunos+matriculados+por+nivel+de+ensino+sexo-1005>.
80. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas no feminino: ser mulher em Portugal, 2001-2011. Lisboa, 2012.
81. Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*. 2008; 9(1): 11-19.
82. Marques-Vidal P, Ravasco P, Paccaud F. Differing trends in the association between obesity and self-reported health in Portugal and Switzerland. Data from national health surveys 1992-2007. *BMC Public Health*. 2012; 12:588.
83. Carreira H, Pereira M, Azevedo A, Lunet N. Effect of type of population on estimates of mean body mass index and prevalence of overweight and obesity: a systematic review of studies of portuguese adults. *Ann Hum Biol*. 2012 May-Jun; 39(3): 223-238.
84. Keating XD, Guan J, Piñero JC, Bridges DM. A meta-analysis of college students physical activity behaviors. *J Am Coll Health*. 2005

Sep-Oct; 54(2): 116-25.

85. Fontes AC, Vianna RP. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade da região nordeste – Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(1):20-9.
86. Rodrigues ES, Cheik NC, Mayer AF. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(4): 672-8.
87. Ribeiro M, Fernandes A. Prática de actividade física em jovens alunos do ensino superior público do concelho de Bragança. *Promoção da saúde e actividade física: contributos para o desenvolvimento humano.* 2010; 534-544.
88. Angelone AM, Mattei A, Sbarbati M, Di Orio F. Prevalence and correlates for self-reported sleep problems among nursing students. *J Prev Med Hyg.* 2011 Dec; 52(4):201-8.
89. Regestein Q, Natarajan V, Pavlova M, Kawasaki S, Gleason R, Koff E. Sleep debt and depression in female college students. *Psychiatry Res.* 2010; 176: 34-39.
90. Galvis FH. Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 27(2): 110-116.
91. Salle E, Rocha NS, Rocha TS, Nunes C, Chaves ML. Escalas psicométricas como instrumento de rastreamento para depressão em estudantes do ensino médio. *Rev Psiq Clin.* 2012; 39(1): 24-7.
92. Korniloff K, Hakkinen A, Koponen H, Kautiainen H, Jarvenpaa S, Peltonen P, et al. Relationships between depressive symptoms and self-reported unintentional injuries: the cross-sectional population-

- based FIN-D2D survey. *BMC Public Health*. 2012; 12:516.
93. Vancampfort D, Correl CU, Probst M, Sienaert P, Wyckaert S, de Herdt A, et al. A review of physical activity correlates in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2012.
  94. Taliaferro LA, Rienzo BA, Pigg RM, Miller MD, Dood VJ. Associations between physical activity and reduce rates of hopelessness, depression, and suicidal behavior among college students. *J Am Coll Health*. 2009 Jan-Feb; 57 (4): 427-36.
  95. Elliot CA, Kennedy C, Morgan G, Anderson SK, Morris D. Undergraduate physical activity and depressive symptoms: a national study. *Am J Health Behav*. 2012 Mar; 36(2): 230:41.
  96. Chalder M, Wiles NJ, Campbell J, Hollinghurst SP, Hasse AM, Taylor AH, et al. Facilitated physical activity as a treatment for depressed adults: randomised controlled trial. *BMJ*. 2012; 344: 1-13.
  97. Lin HC, Tang TC, Yen JY, Ko CH, Huang CF, Liu SC, et al. Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 62:412-420.
  98. Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Motivos e prevalência de insatisfação corporal em adolescentes. *Cien Saúde Colet*. 2012; 17 (4): 1071-7.
  99. Peixoto MR, Benicio MH, Jardim PC. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(6): 1065-72.
  - 100 Santos O, do Carmo I, Camolas J, Vieira J. Validade do auto-relato do peso e da altura na avaliação do índice de massa corporal da

- população adulta portuguesa. *Endo*. 2009; 3(1): 157-168.
- 101 Rowland ML. Self-reported weight and height. *Am J Clin Nutr*. 1990; 52: 1125-33.
- 102 Fonseca MJ, Faerstein E, Chor D, Lopes C. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3): 392-8.
- 103 Spencer EA, Appleby PN, Davey GK, Key TJ. Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC-Oxford participation. *Public Health Nutr*. 2002; 5(4): 561-565.
- 104 Jara C, Luis G, Miriam E, Veronica C, Carolina S, Luisa C et al. Comparison between self-report and measured height, weight and BMI in Spanish University students: Relationships with body and trunk fat mass. *Obesity*. 2012; 3 (6): WMC003481
- 105 Shephard RJ. Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires. *Br J Sports Med*. 2003; 37: 197-206
- 106 Prince SA, Adamo KB, Hamel M, Hardt J, Gorber SC, Tremblay M. A comparison of direct versus self-report measure for assessing physical activity in adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2008; 5: 56.
- 107 Haskell WL. Physical activity by self-report: a brief history and future issues. *J Phys Act Health*. 2012; 9(1): 5-10.
- 108 Farias Júnior JC, Lopes AS, Florindo AA, Hallal PC. Validade e reprodutibilidade dos instrumentos de medida da atividade física do tipo self-report em adolescentes: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(9): 1669-1691.

- 109 Farias Júnior JC, Lopes AS, Mota J, Santos MP, Ribeiro JC, Hallal PC. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do self-administered physical activity checklist. Rev Bras Epidemiol. 2012; 15 (1): 198-210.

## **ANEXO A**

### **INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**



## Qualidade de vida e saúde dos estudantes do ensino superior

O questionário tem como finalidade produzir conhecimento útil, cuja aplicação contribua para melhorar a qualidade de vida e saúde dos estudantes desta instituição. Agradecemos que responda a todas as questões e pedimos sinceridade no preenchimento do questionário. Não deve escrever o nome em qualquer parte do questionário, pois pretende-se que a resposta ao mesmo seja confidencial.

ID

### I – Informação Pessoal

1. Sexo F  (1) M  (2)

2. Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dia/mês/ano)

3. Qual o curso que está a frequentar? \_\_\_\_\_

3.1. Qual o ano? \_\_\_\_\_. 3.2. Qual o Semestre? \_\_\_\_\_

3.3. Durante o ano lectivo moro sozinho(a) Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

3.3.1. Se respondeu negativamente, com quem mora? \_\_\_\_\_

### II . Parâmetros referidos

1. Peso \_\_\_\_\_ Kg

2. Altura \_\_\_\_\_ cm

### III. Actividade Física.

1. Pratica actividade física/desporto? Sim  (1) Não  (0)

1.1. Se sim:

1.1. A – Tipo	
1.1. B - Duração (minutos)	
1.1. C - Frequência (nº vezes/semana)	
1.1. D - Intensidade (leve/moderada/vigorosa)	

Encontra na tabela que se segue uma lista das maneiras como pode ter reagido ou sentido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira durante a semana passada, assinalando com uma cruz o quadrado correspondente:

Use a seguinte chave:

- Nunca ou muito raramente - (menos de 1 dia)
- Ocasionalmente - (1 ou 2 dias)
- Com alguma frequência - (3 ou 4 dias)
- Com muita frequência ou sempre - (5 ou 7 dias)

### CES-D

Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasional-mente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem				
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite				
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos				
4. Senti que valia tanto como os outros				
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer				
6. Senti-me deprimido				
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço				
8. Senti-me confiante no futuro				
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me com medo				
11. Dormi mal				
12. Senti-me feliz				
13. Falei menos do que o costume				
14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo				
16. Senti prazer ou gosto na vida				
17. Tive ataques de choro				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Senti falta de energia				

Obrigada pela sua colaboração