

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

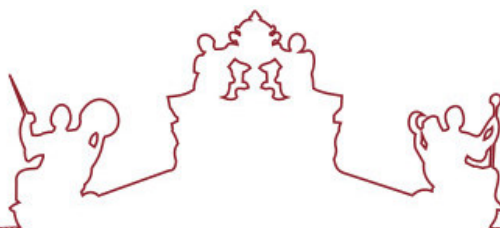
**Problemas de Internalização, Vinculação e Consciência
Interoceptiva em Estudantes Universitários Portugueses**

Ivan Acácio Soares

**Orientador(es) | Maria João Carapeto
Guida Veiga**

Évora 2026





Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Problemas de Internalização, Vinculação e Consciência
Interoceptiva em Estudantes Universitários Portugueses**

Ivan Acácio Soares

**Orientador(es) | Maria João Carapeto
Guida Veiga**

Évora 2026





A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Sofia Alexandra Tavares (Universidade de Évora)

Vogais | Graça Duarte Santos (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria João Carapeto (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

Às professoras Maria João Carapeto e Guida Veiga, que realmente foram orientadoras e estiveram presentes para me motivar, ensinar e ajudar a crescer nesta fase da minha formação. Acolheram-me na sua investigação e permitiram-me a oportunidade de alargar o meu conhecimento sobre temas que reconheço serem indispensáveis para a minha carreira. Quando precisei de um impulso, veio muitas vezes da sua parte, por isso, agradeço-lhes encarecidamente.

À minha colega Daniela, que partilhou e trabalhou comigo os dados desta investigação, com quem desenvolvi uma relação recíproca de ajuda.

Às minhas amigas e amigos, pois foram sempre uma gigante fonte de apoio durante todo o meu percurso académico. Sem vocês não seria quem sou hoje, mudaram-me para melhor.

A todas/os as/os minhas/meus colegas de curso, por terem partilhado comigo esta fase da minha vida e terem contribuído de tantas formas para a mesma. Especialmente, às minhas colegas e amigas mais próximas, por terem percorrido este caminho a meu lado, e por estarem comigo tanto nos sucessos, como nos momentos mais difíceis. Convosco aprendi tanto mais.

À minha mana, por (entre outras muitas coisas) estar sempre aqui para mim e ser a minha melhor amiga.

À minha mãe e pai, por me terem ajudado a ter esta oportunidade e pela motivação que me deram para alcançar os meus objetivos.

À minha família – avó e avô, tias e tios, primos e primas, todos. À Nuvem.

À Academia, por me ter acolhido. Assim, como a todos os docentes que fizeram parte da minha educação e formação. Ao Conselho.

A mim, pela perseverança em seguir neste percurso durante todos os anos que de mim fez parte, incluindo nele este último capítulo que teve as suas próprias particularidades. Por muitos obstáculos e dificuldade que tenham surgido, consegui.

Problemas de Internalização, Vinculação e Consciência Interoceptiva em Estudantes Universitários Portugueses

Resumo

Os estudantes universitários revelam níveis preocupantes de sintomatologia internalizante, cuja origem poderá estar associada a múltiplos fatores ainda pouco esclarecidos. Este estudo propôs-se a explorar a relação entre problemas de internalização, representações de vinculação e consciência interoceptiva e algumas características sociodemográficas, numa amostra de 298 estudantes universitários portugueses. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e instrumentos de autorrelato sobre ansiedade, depressão, vinculação e consciência interoceptiva. A análise dos dados incluiu análise de frequências, correlações e teste *t* para amostras independentes. O género masculino evidenciou níveis superiores de vinculação evitante e inferiores de consciência interoceptiva. A consciência interoceptiva aumentou com a idade, enquanto a ansiedade e a depressão diminuíram. Globalmente, os sintomas internalizados associaram-se a vinculação mais insegura e menor habilidade nalgumas dimensões da consciência interoceptiva. Este estudo sugere a importância da integração das representações de vinculação e da consciência interoceptiva na intervenção psicológica com estes jovens.

Palavras-Chave: Ansiedade; Depressão; Interocepção; Vinculação; Saúde mental.

Internalizing Problems, Attachment and Interoceptive Awareness in Portuguese University Students

Abstract

University students show worrying levels of internalizing symptoms, the origin of which may be associated with multiple factors that are still unclear. This study proposed to explore the relationship between internalizing problems, attachment representations, interoceptive awareness, and some sociodemographic characteristics in a sample of 298 Portuguese university students. The participants answered a sociodemographic questionnaire and self-report instruments on anxiety, depression, attachment, and interoceptive awareness. Data analysis included frequency analysis, correlations, and *t*-tests for independent samples. Male gender was associated with higher levels of avoidant attachment and lower levels of interoceptive awareness. Interoceptive awareness increased with age, while anxiety and depression decreased. Overall, internalized symptoms were associated with more insecure attachment and lower ability in some dimensions of interoceptive awareness. This study suggests the importance of integrating attachment representations and interoceptive awareness in psychological intervention with these young people.

Keywords: Anxiety; Depression; Interoception; Attachment; Mental health.

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	2
Desenvolvimento e Adaptação Psicológica dos Estudantes Universitários	2
Saúde Mental nos Estudantes Universitários	8
Vinculação e Saúde Mental nos Estudantes Universitários	12
Consciência Interoceptiva e Saúde Mental nos Estudantes Universitários	17
Objetivos de Investigação	19
Método	21
Participantes	21
Instrumentos	23
Procedimentos	26
Análise Estatística	26
Questões Éticas	28
Resultados	28
Estatísticas Descritivas	28
Diferenças de Género	31
Diferenças Associadas à Idade e ao Ano de Estudos	32
Problemas de Internalização e a sua Associação com Vinculação e Consciência Interoceptiva	34
Associação da Autoperceção de Saúde Mental com Problemas de Internalização, Vinculação e Consciência Interoceptiva	35
Discussão	37
Problemas de internalização, vinculação e consciência interoceptiva em função das variáveis sociodemográficas	37
Problemas de internalização em função da vinculação e da consciência interoceptiva	39
Problemas de internalização, vinculação e consciência interoceptiva em função da autoperceção de saúde mental	41
Limitações da Investigação	42
Implicações para a Prática e para a Investigação	42
Conclusão	44
Referências	46

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos participantes _____	22
Tabela 2. Caracterização dos participantes (continuação) _____	23
Tabela 3. Estatísticas descritivas para a amostra total e dividida por género, e estatísticas do teste t para amostras independentes (para diferenças de género) _____	29
Tabela 4. Variáveis relativas à autoperceção de saúde mental _____	30
Tabela 5. Tipos de vinculação, na totalidade e divididos por género _____	31
Tabela 6. Correlações de Spearman da Idade e Ano de Estudos com as variáveis de Problemas de internalização, Vinculação e Consciência Interoceptiva _____	33
Tabela 7. Correlações de Spearman entre Problemas de Internalização (ansiedade e depressão) e as variáveis de Consciência Interoceptiva e Vinculação _____	34
Tabela 8. Correlações de Spearman das variáveis relativas à Autoperceção de Saúde Mental com as variáveis de Problemas de Internalização, Vinculação e Consciência Interoceptiva _____	36

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de Vinculação Adulta de Bartholomew	14
--	----

Introdução

Os estudantes universitários encontram-se numa fase particularmente significativa do seu percurso de vida, caracterizada pela emergência de múltiplas oportunidades de desenvolvimento pessoal, académico e social, mas também por exigentes desafios à sua adaptação psicológica e psicossocial. Em particular, os resultados preocupantes de diversos estudos epidemiológicos, tanto a nível internacional como em Portugal, têm vindo a alertar investigadores, especialistas de saúde mental e a sociedade em geral, para as dificuldades de saúde mental que estes jovens enfrentam, em particular a elevada prevalência de problemáticas de natureza internalizante, como a ansiedade e a depressão.

Com o intuito de compreender os processos que subjazem à génese e manutenção destes problemas, diversos estudos têm procurado identificar e analisar fatores de risco e de proteção que possam influenciar a saúde mental dos estudantes e ser também considerados na conceção de intervenções psicológicas mais eficazes e ajustadas às necessidades dos estudantes universitários. O estudo atual visa explorar principalmente a relação entre os problemas de internalização (ansiedade e depressão) e alguns destes fatores, como certas características sociodemográficas (género, idade, ano de estudos), representações de vinculação e consciência interoceptiva.

Este estudo inicia-se com a apresentação do enquadramento teórico, que faz uma revisão das principais características desenvolvimentais desta população e dos construtos em estudo, e onde serão apresentados, por fim, os objetivos de investigação. Posteriormente, será descrito o processo metodológico seguido neste estudo, incluindo informação relativa aos participantes, instrumentos, procedimentos, análise estatística e questões éticas. Serão apresentados depois os resultados da investigação, tanto descritivos como relativos às relações entre as variáveis. De seguida, serão discutidos esses resultados, comparando-os com a literatura existente e, finalmente, serão apresentadas limitações ao estudo, sugestões para estudos futuros e implicações para a prática e para a investigação.

Enquadramento Teórico

Desenvolvimento e Adaptação Psicológica dos Estudantes Universitários

No decorrer da última metade do século XX, ocorreram várias alterações sociodemográficas na maioria dos países industrializados que permitiram o surgimento de um novo período desenvolvimental no ciclo de vida humana entre a adolescência e a idade adulta. O casamento passou a tomar lugar numa idade mais tardia, assim como a idade do nascimento do primeiro filho, acompanhando também o crescimento da população que procurava obter educação superior após o término do ensino secundário (Arnett, 2000).

Este novo período é alvo de estudo por vários autores e é comumente referido como idade adulta emergente, ou adulez emergente (Arnett, 2000). Caracteriza-se como um período de constante mudança, entre os 18 e os 25 anos, no qual o indivíduo já não se identifica com as características e os desafios da adolescência, no entanto não existe ainda um reconhecimento nos padrões desenvolvimentais da idade adulta. É uma fase marcada pela liberdade de exploração da própria identidade, assim como das suas perceções de relacionamentos, trabalho e visão do mundo, concomitante com um acréscimo de novas responsabilidades que não são ainda as da idade adulta propriamente estabelecida.

Em comparação com as fases desenvolvimentais adjacentes, a idade adulta emergente marca-se pelas suas características próprias. Não partilha as particularidades da adolescência (que compreende idades dos 10 aos 19 anos; World Health Organization [WHO], 2019): praticamente todos os adolescentes vivem ainda em casa com um ou ambos os progenitores, estão a viver as mudanças físicas da puberdade, frequentam o ensino secundário, são legalmente menores, não podem votar nem assinar documentos legais e encontram-se sob a autoridade legal e responsabilidade dos pais em diversas formas (Arnett, 2024). Em contraste, a maioria dos adultos emergentes já saiu da casa dos pais e vivem situações extremamente diversas entre si, já atingiram a maturidade física, muitos estão a qualificar-se na sua educação ou formação com percursos educativos diversos, outros já se encontram no mercado de trabalho e já passaram a ter todos os direitos e obrigações legais de um adulto (Arnett, 2024).

A idade adulta emergente não se assemelha também à idade adulta. A maior parte dos adultos emergentes encontram-se ainda a desenvolver a sua educação, formação e experiência profissional como forma a prepararem-se para uma ocupação profissional a longo prazo; a maioria também não se encontra em relações comprometidas nem teve filhos (Arnett, 2024). Por outro lado, grande parte das pessoas na idade adulta já se estabeleceu num percurso

profissional estável, já possui relações amorosas estabilizadas e de longo prazo e muitos têm pelo menos um filho (Arnett, 2024).

Arnett (2024) identificou cinco características particulares deste período, salvaguardando a possibilidade de não se manterem constantes perante a cultura ou o contexto específicos dos jovens em causa, que são as explorações da identidade, a instabilidade, o autofoco, a sensação de estar entre fases e o otimismo.

Mais detalhadamente, a característica das explorações da identidade envolve a possibilidade de descoberta do Eu e de várias opções de vida, incluindo nas áreas do trabalho e das relações. Através destas explorações, os adultos emergentes têm a oportunidade de desenvolver o conceito de quem são e do que pretendem para a sua vida, desenvolvendo a sua identidade e aprofundando-a. Esta época oferece a melhor oportunidade para essas explorações de identidade, através da experiência de diferentes vivências e escolhas possíveis, nas relações, no trabalho, e noutros domínios. Em todos esses domínios, o processo de formação de identidade começa mais cedo, na adolescência (Erikson, 1968), mas é neste momento da vida que tem a oportunidade e acaba por se aprofundar.

Segundo Erikson (1968), durante a adolescência ocorre a crise de formação da identidade versus difusão/confusão de papéis. Quando esta crise desenvolvimental é bem resolvida, através da exploração de várias possibilidades identitárias (incluindo das identidades dos que o rodeiam), o adolescente encontra aspetos com os quais se identifica, (re)estruturando aos poucos a sua identidade coerente (Erikson, 1968). Pode, pelo contrário, surgir alguma dificuldade ou incapacidade de definição de uma identidade pessoal, procurando-a nas identidades dos outros nas várias áreas da sua vida, por exemplo o trabalho e o amor. Ao projetar-se e procurar-se nos outros, o adolescente pode chegar ao ponto de perder completamente a sua individualidade, recorrendo a estratégias como a formação de grupos e a estereotipação (Erikson, 1968).

Com uma identidade mais consolidada pelo estágio de desenvolvimento anterior, inicia-se o estágio de jovem adulto, no qual tem lugar, segundo Erikson (1968), a crise da intimidade versus isolamento. Espera-se que o jovem adulto estabeleça relações profundas e significativas, sejam amorosas ou de amizade (entre outras), resultando na sua capacidade de entrega ao outro e de construção de conexões duradouras, sem medo de ser vulnerável com o outro ou de perder a sua própria identidade. Inversamente, o isolamento pode ser o resultado mais desadaptativo desta crise desenvolvimental (Erikson, 1968).

No amor, ao envolverem-se com e conhecerem diferentes pessoas, os adultos emergentes desenvolvem o conceito de pessoa ideal e compatível para si, enquanto na

adolescência esta exploração acontece a um nível mais superficial e mais baseada na proximidade e atração (Arnett, 2024). Para além de aprenderem sobre as outras pessoas, este processo possibilita que estes jovens aprendam também sobre si mesmos e sobre a forma como se relacionam com os outros. Na área do trabalho, esta exploração também se torna mais séria e centrada na identidade, em comparação à que existe na adolescência, pois à medida que experimentam diferentes vias de educação ou empregos, os adultos emergentes aprendem mais sobre si mesmos, incluindo sobre as suas capacidades e interesses (Arnett, 2024).

Tanto nas relações como no trabalho, as explorações que ocorrem neste período vital são parte de uma aquisição de experiências de vida, que são possíveis uma vez que ocorrem anteriormente ao indivíduo assumir uma vida adulta mais responsável. Desta forma, normalmente também trazem o fracasso ou a desilusão, que durante a exploração destas áreas de vida contribuem para o esclarecimento e compreensão acerca de si próprio (Arnett, 2024).

Erikson (1968) também refere o processo de adolescência prolongada, típica de sociedades industrializadas (semelhantemente à idade adulta emergente), garantindo aos jovens um “moratório psicossocial”, no qual estes podem explorar livremente o seu papel na sociedade antes de assumirem na mesma um papel comprometido. A idade adulta emergente é confluyente com os dois estádios desenvolvimentais mencionados por Erikson, formação vs. difusão/confusão da identidade e intimidade vs. isolamento, parecendo partilhar aspetos de ambos.

Deve ainda destacar-se a influência que a cultura em que o indivíduo se insere tem na forma como a idade adulta emergente é vivida, assim como o contexto temporal em que a mesma ocorre. As influências culturais estruturam e podem limitar a medida em que os adultos emergentes têm a possibilidade de utilizar os seus últimos anos de adolescência e o início dos seus vinte anos desta forma, podendo nem sempre ser possível ocorrer uma exploração independente (Arnett, 2000). A idade adulta emergente é um período na vida que é construído culturalmente, não é universal e é imutável, consequentemente, a sua diversidade demográfica e imprevisibilidade são um reflexo da sua natureza experimental e exploratória (Arnett, 2000).

Concomitante com as várias explorações da identidade, uma outra característica da idade adulta emergente é a instabilidade, seja nas relações, no trabalho ou no local de residência. Através de escolhas inconstantes nas diferentes áreas da vida, esta fase torna-se particularmente intensa e instável. Embora este período seja instável, promove a reflexão quanto à exploração que toma lugar durante estes anos. Muitas das mudanças que ocorrem, são realizadas com o objetivo de levar a novas oportunidades de exploração, quer no amor, no trabalho ou na educação (Arnett, 2024).

Arnett (2024) afirma não existir nenhum outro momento na vida em que o indivíduo seja mais centrado em si próprio do que a idade adulta emergente, salientando assim, a característica do autofoco. Nesta época da vida, existem poucos laços que impliquem compromissos diários ou obrigações com os outros, convergindo também, sobre si mesmos, as tomadas de decisão. Desta forma, os adultos emergentes desenvolvem competências para a sua existência quotidiana que lhes permite começar a construir uma base para a sua vida adulta. Este autofoco serve então o objetivo do jovem se tornar mais autossuficiente, para que mais tarde seja mais funcional na sua vida para consigo mesmo e os outros.

Adiciona-se às características mencionadas a sensação de estar entre fases, uma vez que este momento se caracteriza como um estado de transição entre as restrições da adolescência e as responsabilidades da idade adulta estabelecida. É comum que os adultos emergentes não se sintam já adolescentes, mas não se considerem ainda adultos, sendo que a chegada da sensação de adultez é gradual e ocorre durante a exploração desta época (Arnett, 2024).

Por último, Arnett (2024) refere a característica do otimismo, que surge em consequência das muitas possibilidades de futuro que se afiguram e parecem ser possíveis. Na idade adulta emergente, pouco foi decidido com certeza da direção de vida de um jovem, permanecendo ainda abertas várias opções de futuro. Visto que poucos caminhos foram ainda experienciados, os que continuam por explorar refletem ainda expectativas e esperança que promovem o otimismo no adulto emergente. A idade adulta emergente é ainda caracterizada pela possibilidade, pois existe ainda o potencial do jovem mudar drasticamente a direção da sua vida neste período da mesma. Após este período do desenvolvimento, terão sido tomadas decisões de mais longo prazo de acordo com vivências que ocorreram na idade adulta emergente e existirá uma maior estabilidade e resistência à mudança.

O desenvolvimento da identidade na idade adulta emergente traduz-se também, por vezes, em desafios à adaptação psicológica e psicossocial. Uma revisão de literatura focada no desenvolvimento identitário de jovens em idade adulta emergente sugeriu uma relação bidirecional entre sintomas psicológicos (depressão, ansiedade e perturbações alimentares) e confusão de identidade (Potterton et al., 2022). Outros estudos, com adolescentes, focados no processo de formação de identidade também encontraram relações recíprocas entre a formação de compromissos identitários e o bem-estar, podendo a continuação da exploração da identidade associar-se a menor bem-estar, especialmente nos adolescentes mais velhos (De Lise et al., 2024; Meeus, 2011).

A maioria dos estudantes universitários encontram-se nesta fase do desenvolvimento e para além dos desafios inerentes à idade adulta emergente, experienciam ainda as exigências

adaptativas que caracterizam a transição para a vida de estudante universitário e a sua manutenção. Assim, para além das abordagens desenvolvimentais de Arnett e Erikson, que focam na idade adulta emergente e na formação da identidade (respetivamente), é necessário recorrer também a uma abordagem que foque nas especificidades da vivência universitária; como tal, surge o modelo desenvolvido por Chickering e Reisser.

Chickering e Reisser (1993) propuseram um modelo que expõe como o desenvolvimento de um estudante universitário pode ser afetado por este contexto a nível emocional, social, físico e intelectual, e especialmente na formação da sua identidade. Este modelo tem por base sete vetores, ou dimensões ao longo das quais os estudantes se irão desenvolver, nomeadamente o desenvolvimento de competências, a gestão de emoções, a passagem pela autonomia até à interdependência, o desenvolvimento de relações interpessoais maduras, o estabelecimento da identidade, desenvolvimento de um propósito e desenvolvimento da integridade.

De forma mais detalhada, o desenvolvimento de competências refere-se a qualidades pessoais a nível intelectual, físico e manual e interpessoal. O nível de competência intelectual passa pelo desenvolvimento de capacidades através do pensamento compreensivo e analítico e da criação de pontos de vista basilares para lidar com as experiências de vida. O fator físico e manual engloba a realização de atividades atléticas e artísticas, que levam ao aumento da autodisciplina, da força, da aptidão física, da competição e da capacidade de criação. Em termos de competências interpessoais, englobam-se capacidades pessoais como a escuta, compreensão, comunicação e funcionalidade nas diferentes relações (Chickering & Reisser, 1993).

O fator da gestão de emoções permite a criação de mecanismos que possibilitem que emoções e sentimentos mais desadaptativos não se tornem extremos ao ponto de colocar em risco a educação do estudante. Refere-se à capacidade de conhecer e ter consciência das emoções e da forma como se manifestam nos seus diferentes níveis, aprendendo ainda a lidar com as mesmas (Chickering & Reisser, 1993).

Outro fator é a passagem pela autonomia até à interdependência (Chickering & Reisser, 1993), que envolve independência emocional, independência instrumental e interdependência (ou seja, consciência do próprio lugar na comunidade e dependência de si próprio). A independência emocional representa uma separação dos grupos de apoio, que ocorre natural e voluntariamente para que o jovem possa seguir os seus objetivos e expressar as suas próprias opiniões. A independência instrumental traduz a capacidade de organizar, aprender e resolver problemas por si próprio. O processo de desenvolvimento da autonomia reconhece ultimamente

que uma maior autonomia permite formas mais saudáveis de interdependência, reavaliando relações anteriores e construindo novos laços mais conscientes e recíprocos.

O quarto vetor de Chickering e Reisser (1993) passa pelo desenvolvimento de relações interpessoais maduras, composto pela tolerância e apreciação das diferenças e a capacidade para a intimidade. A tolerância é descrita como um aspeto intercultural e interpessoal que, evoluindo, pode tornar-se na aceitação e compreensão do outro pelas características que possui. A capacidade para a intimidade envolve a transição de uma significativa dependência dos outros para uma interdependência entre pessoas no seu ambiente.

De seguida, o fator do estabelecimento da identidade abrange o desenvolvimento que ocorre nos fatores anteriores e inclui o conforto com o corpo e a aparência; o conforto com o género e a orientação sexual; o sentido de self num contexto histórico, social e cultural; clarificação do autoconceito no estilo de vida e papéis sociais; sentido de self em resposta ao feedback de relações sociais relevantes; autoaceitação e autoestima; e estabilidade pessoal e integração (Chickering & Reisser, 1993). Todos estes passos são fulcrais para estabelecer a identidade.

O fator de desenvolvimento de um propósito caracteriza a necessidade de construção de um objetivo de vida que justifique a presença do estudante no seu percurso académico. Este propósito requer o equilíbrio entre objetivos de carreira, expectativas pessoais e comprometimento com a família e o self, obrigando o estudante a tomar decisões com base nestes aspetos (Chickering & Reisser, 1993).

Por último, o fator desenvolvimento da integridade envolve o estabelecimento de integridade quanto aos valores, crenças e propósitos do indivíduo. É importante para o desenvolvimento do estudante universitário refletir sobre as crenças e pontos de vista das pessoas com quem se relaciona, mantendo a vontade de preservar o respeito pelas suas próprias crenças e valores (Chickering & Reisser, 1993).

Antecedendo o início das suas vidas adultas, os jovens nesta idade são desafiados com questões existenciais que permitirão explorar quem são e criar uma expectativa do seu Eu futuro, ademais, acumulam-se as características inerentes à vivência de um estudante universitário, que por si só dificultam a adaptação destes indivíduos. Estes desafios podem propiciar desadaptações que têm a capacidade de ameaçar a saúde mental destes jovens, colocando em causa o seu bem-estar.

Saúde Mental nos Estudantes Universitários

É importante conceptualizar a Saúde mental, definida pela Organização Mundial de Saúde como

um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o stress da vida, realizar as suas capacidades, aprender bem e trabalhar bem, e contribuir para as suas comunidades. A saúde mental é uma componente integral da saúde e do bem-estar e é mais do que a ausência de perturbações mentais. (WHO, 2022, p. 8)

Destaca-se ainda como a saúde mental é “intrínseca e fundamental para a vida de todas as pessoas, influenciando como pensamos, sentimos e agimos, sendo assim o fundamento para a nossa capacidade de tomar decisões, estabelecer relações e moldar o mundo em que vivemos” (WHO, 2022, p. 11).

Os estudantes universitários, desde que ingressam na universidade, defrontam-se com uma série de desafios à sua adaptação, impactando desta forma a sua saúde mental como um todo. Numa revisão sistemática de literatura dedicada à adaptação e saúde mental de estudantes universitários (Sahão & Kienen, 2021), os fatores mais frequentemente identificados como dificuldades de adaptação ao meio académico foram o maior nível de exigência académica, as relações interpessoais, a saída de casa dos pais, a ausência de uma rede de apoio, a situação financeira e características pessoais (cognitivas e de personalidade).

Quando há dificuldades na adaptação do estudante, podem manifestar-se problemas psicológicos diversos como, por exemplo, problemas de internalização. Este tipo específico de problema emocional e cognitivo-comportamental manifesta-se, em parte, através da tentativa do indivíduo em manter um controlo inadequado ou uma regulação desadaptativa sobre o seu estado interno emocional e cognitivo (Merrell, 2008). Assim, como o próprio termo indica, “internalização” remete para problemas que são, em grande medida, desenvolvidos e mantidos no interior do sujeito, não se projetando tanto para o seu meio exterior (Merrell, 2008). A título de comparação, os problemas de internalização são contrastados com os problemas de externalização (nomeadamente agressividade, hiperatividade, comportamento antissocial, etc.), que são caracterizados por uma falta de controlo e fraca autorregulação, exprimindo-se mais marcadamente pelo sujeito no seu meio externo (Merrell, 2008).

É utilizado o termo “problema de internalização”, uma vez que este não discrimina os níveis de gravidade comportamental crescente de sintoma, síndrome ou perturbação, que afetem o indivíduo ao ponto de causar sofrimento (Merrell, 2008). Ainda que existam outros, dois dos principais problemas de internalização são a ansiedade e a depressão, que se encontram em foco nesta investigação. De um modo geral, quando uma perturbação mental está presente, é

necessária também, além de uma constelação de sintomas caraterísticos e específicos, a presença de sofrimento clinicamente significativo e que os sintomas presentes formem uma síndrome que prejudique de forma clinicamente significativa a cognição, regulação emocional ou o comportamento de um indivíduo, refletindo uma disfunção nos seus processos psicológicos, biológicos ou desenvolvimentais subjacentes ao funcionamento mental (American Psychiatric Association [APA], 2022). Ainda, pode verificar-se prejuízo para o funcionamento do indivíduo em atividades sociais, ocupacionais, entre outras (APA, 2022). Tanto os problemas de ansiedade como de depressão requerem a presença destes critérios gerais para serem considerados perturbações.

Para definir ansiedade, é imprescindível mencionar a emoção que está na sua base, nomeadamente, o medo, que faz parte da nossa natureza emocional e surge de forma saudável como uma resposta adaptativa perante uma ameaça percebida ou um perigo para a nossa segurança ou dos outros, informando-nos assim da necessidade de tomar alguma ação defensiva (Clark & Beck, 2010). Porém, o medo pode tornar-se desadaptativo quando é acionado em situações neutras ou não ameaçadoras, que são erroneamente interpretadas como potenciais perigos ou ameaças e geram assim estados ansiosos (Clark & Beck, 2010). Assim, define-se a ansiedade como um sistema complexo de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental que se ativa quando circunstâncias ou eventos antecipados são avaliados como altamente aversivos, e são vistos como imprevisíveis e incontroláveis, com potencial de ameaçar os interesses vitais de um indivíduo (Clark & Beck, 2010). A ansiedade descreve um estado mais duradouro de ameaça do que o medo, que inclui (para além do medo) outros fatores cognitivos como a perceção de aversão, a incontrolabilidade, a incerteza, a vulnerabilidade, o desamparo e a incapacidade de alcançar os resultados desejados (Clark & Beck, 2010).

Os sintomas ansiosos podem chegar a níveis mais graves, podendo verificar-se a presença de perturbações de ansiedade. Com base no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5-TR; APA, 2022), as perturbações de ansiedade incluem perturbação de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, perturbação de ansiedade social, síndrome de pânico, agorafobia, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade induzida por substâncias/medicação, perturbação de ansiedade devido a outra condição médica, outra perturbação de ansiedade especificada e perturbação de ansiedade não especificada. As características comuns a estas perturbações são o medo e ansiedade excessivos, assim como os distúrbios comportamentais associados, como hipervigilância, preparação para o perigo futuro e evitação (APA, 2022).

O conceito de depressão pode descrever desde sentimentos transitórios de tristeza (estados de ânimo normais que são vistos como passageiros, ou o nível de sintoma) a uma psicopatologia definida ou perturbação depressiva (Beck & Alford, 2011). Os critérios de diagnóstico de depressão incluem alterações no humor (sentimentos e emoções como a tristeza, a solidão e a apatia), alterações vegetativas (como por exemplo, falta de apetite, insónias ou ausência libidinal) e alterações a nível da atividade (lentificação ou agitação psicomotora), assim como um autoconceito negativo que vem associado a autorrecriminação e autoacusações e também a manifestação de desejos regressivos e autopunitivos (querer fugir, esconder-se ou até morrer; Beck & Alford, 2011).

Quando os sintomas depressivos chegam a níveis mais graves, pela sua intensidade e frequência, pelo sofrimento e pelo prejuízo significativo para o funcionamento do indivíduo nos contextos mais importantes da sua vida, pode verificar-se a presença de uma perturbação depressiva. De acordo com o DSM-5-TR (APA, 2022), as perturbações depressivas incluem perturbação disruptiva de desregulação do humor, perturbação depressiva maior, episódio depressivo maior, perturbação depressiva persistente, perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substâncias/medicação, perturbação depressiva devido a outra condição médica, outra perturbação depressiva especificada e perturbação depressiva não especificada. Os traços que unem estas perturbações são a presença de humor triste (ou irritável, em crianças e adolescentes) e/ou a perda do interesse ou prazer e outras alterações relacionadas que afetam de forma significativa a capacidade de um indivíduo ser funcional (APA, 2022).

Aaron Beck destacou que, na depressão, se encontra ativado, a nível cognitivo, um conjunto de três padrões cognitivos principais, referido como tríade cognitiva da depressão, que conduz a uma progressão do estado depressivo (Beck & Alford, 2011): (1) visão negativa de si mesmo, perante a qual o sujeito se considera inferior, indesejável e inadequado levando a uma tendência para atribuir experiências desagradáveis às suas características pessoais (físicas, psicológicas, morais, etc.) e a uma autorrejeição do próprio; (2) visão negativa do mundo, que parte de uma interpretação das experiências e das interações com o mundo como negativas, representativas de derrota, perspetivando o meio como uma sucessão de obstáculos e situações traumáticas que prejudicam a sua vivência significativamente; (3) visão negativa do futuro, que aponta para uma continuidade das dificuldades atuais do indivíduo e um sofrimento que se prolongará indefinidamente, resultando num maior sentimento de desesperança.

A população de estudantes universitários é um grupo particularmente vulnerável a problemas de saúde mental, como os de ansiedade e depressão (Calling et al., 2017; Sahão & Kienen, 2021). Vários estudos encontraram um aumento da prevalência de sintomas de

ansiedade e depressão, assim como ideação suicida entre estudantes universitários (De Paula et al., 2020). Aquando da entrada no meio universitário, estes jovens enfrentam vários desafios, uma vez que se trata de um momento de transição psicológica, social e ambiental, que vem também muitas vezes acompanhada da mudança de casa e cidade e cria alguma distância ao efeito protetor do meio familiar e das relações estabelecidas previamente. A dificuldade de adaptação ao meio académico pode trazer sentimentos como desespero e solidão, comuns nas perturbações de ansiedade e depressão, evidenciando a importância de redes sociais de apoio fortes (De Paula et al., 2020).

Estudos anteriores mostram que existe uma prevalência relativamente maior de sintomas depressivos no género feminino do que no masculino (De Paula et al., 2020; Eisenberg et al., 2007). Quanto a sintomas ansiosos, encontra-se a mesma disparidade entre os dois géneros, com valores mais elevados também para o género feminino (Calling et al., 2017; De Paula et al., 2020; Eisenberg et al., 2007). Resultados de um estudo recente realizado com uma amostra composta por estudantes universitários portugueses (Amaro et al., 2024) revelaram sintomas de ansiedade (leves a graves) em 75% dos participantes e uma prevalência de 61.2% para o caso de sintomas de depressão (leves a graves). Também este estudo encontrou valores mais elevados de depressão e ansiedade nos participantes do género feminino (Amaro et al., 2024). Existem vários fatores que são sugeridos como potenciadores destes problemas de internalização no género feminino, nomeadamente, mecanismos hormonais e biológicos (Afonso et al., 2020; Armstrong & Khawaja, 2002), maior sensibilidade à ansiedade (Afonso et al., 2020; Maeng & Milad, 2015), papéis de género e as suas expectativas sociais (atuando como fatores protetores quando mais ligados à masculinidade), relações interpessoais, o panorama político, económico e social (Farhane-Medina et al., 2022) e fatores cognitivos (ruminação e atribuição de eventos negativos mais frequentes no género feminino) (Girgus & Yang, 2015).

Quanto à variável idade nem toda a literatura aponta no mesmo sentido. Estudos indicam não existir uma relação da variável idade com ansiedade ou depressão (Amaro et al., 2024), assim como indicam um aumento da ansiedade com a idade (à exceção de idades mais avançadas, neste caso, 64 a 71 anos de idade; Calling et al., 2017), apontando também diminuição da depressão em estudantes universitários, face a um aumento da ansiedade nos primeiros anos, seguido de uma redução (Eisenberg et al., 2007).

Um dos desafios à adaptação que são característicos do estudante universitário tem a ver com a maior responsabilidade pela sua própria saúde, incluindo a sua saúde mental. Assim, passam frequentemente a ser os primeiros no processo de cuidar de si mesmos, cabendo-lhes

também a responsabilidade de identificar problemas e sintomas que se estejam a tornar prejudiciais para si. Como tal, vários autores têm chamado a atenção para a importância da literacia em saúde mental, especialmente do conhecimento dos estudantes universitários acerca dos problemas de saúde mental e do seu reconhecimento, incluindo em si mesmos (Holzinger et al., 2011; Turgut et al., 2023). Por exemplo, a sua perceção da sua saúde mental pode ser crucial na decisão de procurar ajuda ou apostar em cuidados de autoajuda. Turgut et al. (2023), afirmam que a perceção de saúde geral de um indivíduo inclui a sua saúde mental, física e social e trata-se de uma avaliação individual e subjetiva do seu estado de saúde, referente às crenças que este tem perante si mesmo, e que afeta os comportamentos de procura de cuidados de saúde. Desta forma, torna-se importante explorar também a perceção dos estudantes universitários sobre a sua saúde mental. Quando a perceção da própria saúde mental é negativa, é provável que se esteja na presença de problemas de saúde mental, como sugerem os estudos que encontram correlações entre estas variáveis (Ahmad et al., 2014). Wright et al. (2007) referem ainda que existe uma associação entre reconhecimento de problemas de saúde mental e a procura de ajuda, reforçando a importância do relato subjetivo do jovem sobre a sua saúde mental.

Vários outros fatores têm sido propostos como explicação para a qualidade da adaptação psicológica, como por exemplo, as representações da vinculação (Mikulincer & Shaver, 2019) e a consciência interoceptiva (Brewer et al., 2021), que se propõem para investigação neste estudo com estudantes universitários.

Vinculação e Saúde Mental nos Estudantes Universitários

Os problemas de saúde mental referidos podem também refletir o papel da vinculação. O estilo de vinculação que cada indivíduo desenvolveu com o cuidador primário acaba por se manifestar no resto da sua vida, tanto na relação consigo próprio, como com os outros, especialmente nas relações íntimas que estabelece (Bartholomew, 1990).

De acordo com Bowlby (1977), a teoria da vinculação conceptualiza a propensão do ser humano para estabelecer laços afetivos fortes com os outros, como uma estratégia evolutiva crucial para a sua sobrevivência e adaptação. Têm sido identificados dois principais estilos de vinculação, designadamente, segura e insegura (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1973), através de estudos realizados com crianças e os seus cuidadores primários, na maioria dos casos, as suas mães. Nos estudos de Ainsworth, desenvolvidos a partir do contexto laboratorial conhecido como *Situação Estranha* (Ainsworth et al., 1978), são avaliados os padrões de vinculação que se estabelecem entre os dois, de acordo com a observação comportamental da

criança quando a mãe se ausenta e depois quando se voltam a reunir, ou quando uma estranha tenta estabelecer relação. De tal forma, foram estabelecidos três principais padrões de vinculação. A vinculação segura, que é resultado de interações repetidas da criança com cuidadores responsivos e disponíveis; a vinculação insegura ansiosa/ambivalente, que resulta de interações com cuidadores inconsistentemente disponíveis e responsivos; e a vinculação insegura evitante, que resulta de repetidas interações primárias com cuidadores consistentemente indisponíveis e irresponsivos (Ainsworth et al., 1978; Carapeto & Veiga, 2023; Mikulincer & Shaver, 2019).

A partir do estudo com crianças, desenvolveu-se o construto de representações de vinculação, definido como um modelo operativo interno que é constituído por um conjunto de regras, conscientes e/ou inconscientes, para a organização da informação relevante sobre si mesmo, sobre os outros e sobre as relações, a partir das quais o indivíduo organiza o seu comportamento na relação com os outros (especialmente nas relações íntimas) e em situações de stress (Main et al., 1985). Estes modelos operativos internos são construídos a partir das interações repetidas com os cuidadores primários, em função da sensibilidade e da responsividade dos cuidadores aos sinais da criança quando esta necessita de cuidados. Estas representações mentais parecem ser relativamente estáveis (Fraley, 2002) e continuam a guiar o comportamento, cognição e afeto do indivíduo ao longo de toda a vida.

Uma vinculação segura é um recurso de resiliência, assim como uma base determinante para a adaptação psicológica e social (Mikulincer & Shaver, 2019; Rasmussen et al., 2018). Indivíduos com estilos de vinculação segura tendem a ser mais confiantes em si mesmos e nas suas capacidades, demonstrando uma maior competência em lidar com os desafios que encontram (Mikulincer & Shaver, 2019). Contrariamente, indivíduos com estilos de vinculação insegura tendem a apresentar baixos níveis de confiança em si próprios assim como dificuldade na criação de mecanismos de regulação, levando a uma maior dificuldade em enfrentar obstáculos (Mikulincer & Shaver, 2019). Aos estilos de vinculação insegura anteriormente mencionados, ansiosa/ambivalente e evitante, veio posteriormente juntar-se o estilo de vinculação desorganizada (Main & Solomon, 1990).

Bowlby (1973) identificou duas dimensões-chave destas representações internas de vinculação: primeiramente, se o outro (a figura de vinculação) é ou não considerada como alguém que responde a apelos de apoio e proteção, e, em segundo lugar, se o *self* é ou não considerado digno da atenção e resposta de ajuda do outro (e particularmente da figura de vinculação) em situação de necessidade. Estas duas dimensões da vinculação, relativas ao modelo do outro e ao modelo do self, possibilitaram uma perspetiva dimensional da vinculação

que tem sido muito influente no estudo da vinculação em adultos, especialmente no contexto das relações íntimas. Perante as combinações possíveis das representações internas de vinculação baseadas na visão positiva ou negativa que o indivíduo tem sobre si próprio e sobre os outros, Bartholomew (e.g., Bartholomew & Horowitz, 1991) apresentou um modelo de quatro estilos de vinculação na idade adulta, de forma a organizar categoricamente as representações de vinculação: vinculação segura, vinculação ansiosa/ambivalente, vinculação evitante desligada e vinculação evitante receosa (Figura 1). Bartholomew identificou também as dimensões de evitação e de dependência (ou ansiedade), subjacentes aos modelos do outro e do self, respetivamente. O modelo do self foi relacionado com o nível de dependência e ansiedade do indivíduo no contexto de relações íntimas, enquanto o modelo do outro se associou ao grau em que o indivíduo procura ou, pelo contrário, evita a intimidade com o outro.

Figura 1

Modelo de Vinculação Adulta de Bartholomew

		Modelo do <i>Self</i>	
		Positivo	Negativo
		(Baixa dependência/ansiedade)	(Alta dependência/ansiedade)
Modelo do Outro	Positivo (baixa evitação)	Segura	Ansiosa/ambivalente
	Negativo (alta evitação)	Evitante desligada	Evitante receosa

Nota. Adaptado de Bartholomew & Horowitz (1991).

A vinculação ansiosa/ambivalente corresponde, neste modelo, a representações de vinculação de indivíduos que mostram uma procura contínua por proximidade, preocupações quanto às relações e medo da rejeição, demonstrando uma visão positiva do outro em oposição a uma visão mais negativa do próprio (Ainsworth et al., 1978). As representações de vinculação evitante desligada caracterizam indivíduos cuja confiança se encontra depositada em si mesmos, mostrando também uma preferência por distância emocional aos outros e falta de intimidade, evidenciando também uma visão positiva do próprio e negativa dos outros (Ainsworth et al., 1978; Bartholomew, 1990). As representações de vinculação evitante receosa descrevem uma contínua dependência e desejo pelo outro, que a nível comportamental traduzem uma intimidade que não é procurada por medo de rejeição, tendo também uma maior

propensão para a solidão e a depressão e mostrando uma visão negativa do próprio e dos outros (Bartholomew, 1990). Por último, comparativamente, os indivíduos com estilos de vinculação segura mostram níveis baixos de ansiedade e de evitação e refletem uma visão positiva tanto de si mesmos como dos outros (Bartholomew, 1990).

As relações primárias de vinculação são fulcrais para a criação dos primeiros processos de regulação emocional, sendo com o cuidador primário que a criança aprende a encontrar conforto através da sintonia com os seus estados emocionais (Ainsworth et al., 1978). Assim, representações de vinculação insegura associam-se a estratégias desadaptativas de regulação emocional de hiperativação ou de desativação emocional e comportamental em resposta ao sofrimento (Mikulincer & Shaver, 2019). De acordo com uma revisão de literatura que integra quatro meta-análises (Dagan et al., 2021), estas estratégias estão associadas a problemas de internalização, ainda que de diferentes formas dependendo do momento desenvolvimental do indivíduo. Nomeadamente, os autores referem que a hiperativação está mais associada a problemas internalizados na idade adulta e adolescência do que na infância, enquanto a desativação está mais associada a problemas de internalização na infância do que na idade adulta e adolescência (Dagan et al., 2021).

As estratégias de hiperativação são mais características de representações de vinculação ansiosa/ambivalente, enquanto as estratégias de desativação são mais relacionadas com representações de vinculação evitante. A hiperativação ansiosa pode consistir num exagero da ameaça, aquando da sua avaliação, alimentando crenças pessimistas quanto à capacidade de gerir a angústia derivada da ameaça percebida. Pode ainda gerar hipervigilância quanto aos aspetos fisiológicos causados pelos estados emocionais e evocação de experiências negativas que corroborem a avaliação do acontecimento como negativo. A hiperativação pode ainda expressar-se através da intensificação de emoções negativas que, por sua vez, podem direcionar o indivíduo em direção à ameaça percebida, comportando uma tendência autodestrutiva (Mikulincer & Shaver, 2019). Por outro lado, as estratégias de desativação tendem a representar uma supressão dos estados emocionais e dos aspetos fisiológicos produzidos pelos mesmos, conferindo a estas estratégias uma qualidade evitante. Ambas as estratégias, sejam de hiperativação ou desativação, espelham-se também na procura pelo outro quando em situações angustiantes, sendo que as primeiras levam a uma procura dependente por reconforto, enquanto as segundas promovem afastamento e isolamento.

A entrada para a universidade pode simbolizar uma nova *Situação Estranha* (Kenny, 1987), com base nas experiências de Ainsworth et al. (1978), levando à ativação das estratégias de vinculação na idade do jovem adulto (Machado, 2007). Através do acesso a novas e

diferentes formas de raciocínio, da criação de relações e experiências sociais e, em certos casos, da distância física à família e às figuras parentais, entre outros fatores, é possível que o jovem experiencie conflitos cognitivos que interroguem e possam até reconstruir o significado que tem dos seus modelos de self e das relações (Machado, 2007). Com esta afirmação, não se defende que as representações de vinculação anteriores são refutadas ou aceites de forma passiva, mas sim que estas sofrem uma reconstrução autónoma por parte do indivíduo, que pode ser saudável, traduzindo-se em representações de vinculação mais seguras, ou não (através de relações românticas dependentes, fracasso académico, recurso a substâncias, etc.; Machado, 2007). Ainda assim, em geral, não foram encontradas associações entre a vinculação e a idade (Emran et al., 2022).

A literatura encontrada não é consensual e sugere até alguma complexidade na relação entre idade e vinculação. Segal et al. (2009) referiram não existir diferenças de idade nos estilos de vinculação evitante, ao passo que a vinculação ansiosa parece mais frequente em jovens adultos do que em adultos mais velhos; Chopik et al. (2013) encontraram igualmente vinculação ansiosa mais alta em jovens adultos, bem como vinculação evitante maior em adultos de meia-idade do que jovens adultos e adultos mais velhos; Chopik et al. (2014) revelaram que a ansiedade na vinculação diminui entre os catorze e os dezoito anos, ao passo que entre os dezoito e os vinte e três anos aumenta, enquanto a evitação na vinculação diminui entre os catorze e os vinte e três anos.

Tendo em conta que a presença de representações de vinculação inseguras está associada a estratégias desadaptativas de regulação emocional, a adaptação destes indivíduos perante adversidades estima-se mais difícil (Rasmussen et al., 2018). Assim, alguns estudos demonstram a existência de uma relação entre representações de vinculação inseguras com problemas de internalização de ansiedade e depressão em jovens (Carapeto & Veiga, 2023; Carapeto et al., 2022; Fang & Wang, 2024) e adultos (Mickelson et al., 1997; Zhang et al., 2022). Num estudo realizado com estudantes universitários (Owens et al., 2018), os autores apresentam ainda uma relação entre a vinculação insegura (evitante e ansiosa) e os níveis mais elevados de depressão, quando uma fraca regulação emocional é mediadora desta relação (não se verificando quando o efeito é direto). Resultados semelhantes foram também obtidos noutro estudo, nomeadamente, que relata uma associação entre vinculação ansiosa e depressão, mas não entre depressão e vinculação evitante (Emran et al., 2022). Uma vinculação ansiosa parece também estar mais relacionada a problemas de ansiedade (Silva & Costa, 2005). O estudo de Picardi et al. (2013) mostrou que indivíduos com perturbações de ansiedade apresentam níveis mais altos de vinculação ansiosa e de evitação do que indivíduos da população geral ou

indivíduos com epilepsia resistente a fármacos. Warren et al. (1997) concluíram haver uma associação entre a vinculação ansiosa/ambivalente ao ano de idade e um diagnóstico de perturbação da ansiedade no final da adolescência.

As vinculações inseguras encontram-se associadas a processos cognitivos ao nível da atenção, memória, perceção, expectativas e atribuições, que distorcem negativamente as interações sociais, levando a uma interpretação contínua do comportamento dos outros como hostil, não confiável, rejeitante ou indiferente (Dagan et al., 2018; Dykas & Cassidy, 2011). Por exemplo, Maier et al. (2005) afirmam que indivíduos com vinculação insegura tendem a prestar mais rapidamente atenção a estímulos negativos comparativamente a indivíduos com vinculação segura, com valores mais altos nos indivíduos com vinculação insegura evitante.

Outras investigações relatam a prevalência de um estilo de vinculação ansiosa/ambivalente maior no género feminino em comparação ao masculino, em adolescentes (Carapeto & Veiga, 2023), resultados parcialmente consistentes com os de um estudo com estudantes universitários, que mostraram uma maior prevalência de vinculação ansiosa no género feminino e de vinculação evitante no masculino (Weber et al., 2022).

Uma explicação evolutiva para este padrão de resultados é proposta por Del Giudice (2011). De um ponto de vista evolutivo e em condições menos favoráveis, poderá ser mais favorável ao homem que estabeleça relações sexuais casuais e sem exclusividade relacional, obtendo mais benefícios reprodutivos através da relação com mais parceiras, e desenvolvendo um estilo vincutivo mais evitante (Del Giudice, 2019), com baixo comprometimento e investimento parental (Del Giudice, 2011). Por outro lado, existem expectativas de que a mulher responda com um estilo de vinculação mais ansioso que promova investimento continuado (Del Giudice, 2019) e proximidade parental (Del Giudice, 2011). Idealmente, num ambiente seguro, seria a vinculação segura mútua que contribuiria para os interesses tanto do homem como da mulher, uma vez que promove o comprometimento recíproco e um investimento partilhado sobre a parentalidade (Del Giudice, 2019). Entram ainda em causa os papéis de identidade de género, uma vez que à vinculação evitante e à ansiosa, estão associadas características sociais de género que se relacionam mais com o género masculino (traços mais individualistas e instrumentais) e feminino (traços mais expressivos e orientados para a vida em comunidade), respetivamente (Mikulincer & Shaver, 2016).

Consciência Interoceptiva e Saúde Mental nos Estudantes Universitários

Os estados psicológicos adversos, como os problemas de internalização em estudo (ansiedade e depressão) podem ser manifestados sob a forma de sensações corporais ou

alterações dos estados internos (ou interoceptivos) ligados ao desconforto. O construto da consciência interoceptiva refere-se precisamente à percepção consciente das sensações corporais internas que cria um sentido subjetivo da condição fisiológica do corpo, tais como batimentos cardíacos, respiração, saciedade e sensações do sistema nervoso autónomo relacionadas com as emoções (Mehling et al., 2012).

A consciência interoceptiva é um construto multidimensional (Mehling, 2016) que compreende as sete dimensões que serão descritas em seguida: (1) notar, que se refere ao nível de consciência sobre as sensações desconfortáveis, confortáveis e neutras que o indivíduo pode estar a experienciar; (2) não se distrair, que representa a tendência do indivíduo não se distrair ou ignorar sensações de dor ou desconforto; (3) não se preocupar, que se relaciona com a tendência de não reagir com angústia a sensações de dor ou desconforto; (4) regulação atencional, que caracteriza a habilidade do sujeito manter e controlar o foco atencional para as sensações corporais; (5) consciência emocional, que se refere à consciência da conexão entre as sensações corporais e os estados emocionais; (6) autorregulação, que se prende com a habilidade de regular a angústia através da atenção às sensações corporais e aos estados emocionais; e, por fim, (7) confiar, que representa a medida em que se experiencia o próprio corpo como seguro e confiável.

A consciência interoceptiva tem sido associada de duas formas distintas à saúde mental. Consoante a interpretação que o sujeito faz das suas sensações corporais, pode ocasionar hipervigilância dos sinais do corpo e ansiedade ou, pelo contrário, uma atenção mais relacionada com *mindfulness*, que ajuda a regulação emocional (Mehling, 2016; Suzuki et al., 2021). Desta forma, a consciência das sensações corporais pode tornar-se desadaptativa, quando contribui para amplificar preocupações e estados ansiosos, ou adaptativa, dispondo o indivíduo para estar recetivo às sensações corporais sem julgamentos e num modo de aceitação (Ginzburg et al., 2013; Pinto et al., 2022).

Quando comparando entre o género masculino e o feminino, estudos anteriores apontam para uma menor consciência corporal das emoções no género masculino que, no entanto, apresentam uma maior capacidade para diferenciar emoções (Carapeto et al., 2022). Adicionalmente, o género feminino parece relatar ainda níveis mais altos de sensibilidade e monitorização das suas sensações corporais (Ginzburg et al., 2013). Outro estudo, com estudantes universitários portugueses, mostra que o género feminino, para além de notar mais as suas sensações corporais, revela uma maior compreensão da relação entre estas sensações e os seus estados emocionais (Pinto et al., 2022).

A consciência interoceptiva parece estar relacionada com os níveis de depressão e ansiedade em diversas amostras (Murphy et al., 2017; Suzuki et al., 2021). A habilidade de identificar sensações corporais e compreendê-las é necessária a uma regulação emocional mais eficaz, uma vez que as emoções experienciadas têm uma maior possibilidade de serem, por exemplo, reavaliadas ao invés de suprimidas (Brewer et al., 2021). Durán et al. (2024) ressaltam a importância da consciência corporal na gestão de processos emocionais, defendendo que interagir com as sensações corporais sentidas é mais benéfico para abordar sintomas depressivos. Neste sentido, foram encontradas diferenças na associação entre a consciência interoceptiva e os problemas de internalização. Especificamente, tem sido argumentado que altos níveis de interocepção caracterizam perturbações de pânico e síndromes de ansiedade, com indivíduos afetados por estas condições a relatar maior consciência das suas sensações corporais (Murphy et al., 2017). Contrariamente, a depressão parece relacionar-se com níveis mais baixos de consciência interoceptiva (Murphy et al., 2017). Especificamente no que diz respeito à regulação atencional (uma das dimensões da consciência interoceptiva), Lee e colaboradores (Lee et al., 2024) reforçam que os indivíduos que sofrem de ansiedade podem experimentar um estado de alerta elevado e hipervigilância das suas sensações corporais, podendo potenciar a sua ansiedade, sendo esta capacidade crucial para uma melhor regulação emocional e uma melhor saúde mental geral. Posto isto, é evidente que os resultados encontrados na literatura são mistos, possivelmente porque avaliam o construto de interocepção através de diferentes perspetivas: enquanto algumas investigações avaliam a interocepção como a capacidade de precisão interoceptiva do indivíduo, outros avaliam a consciência interoceptiva através das diferentes dimensões que a compõem; assim como o fará o estudo presente.

Em síntese, ainda que investigações com participantes de outras etapas do desenvolvimento apontem para uma relação entre baixos níveis de consciência interoceptiva e alto risco de desenvolvimento de psicopatologia (Brewer et al., 2021) poucos estudos têm sido direcionados a uma população semelhante à deste estudo, sendo por isso relevante investigar como se manifesta a relação entre estas variáveis nos estudantes universitários.

Objetivos de Investigação

Tendo em conta a revisão de literatura apresentada, é possível entender que os estudantes universitários, que vivem também a sua fase desenvolvimental da idade adulta emergente, são um grupo concreto, com características e desafios específicos, que se depara também com a tarefa de construir uma adaptação saudável ao novo meio académico em que estão inseridos. Esta adaptação pode nem sempre decorrer de modo favorável, potenciando

problemas de internalização, ou seja, ansiedade e depressão, que a investigação mostra serem relativamente comuns entre estes jovens. A investigação existente sugere que a qualidade da adaptação e a saúde mental destes indivíduos é influenciada, entre outras características, pelas suas representações de vinculação e pela consciência interoceptiva.

Contudo, apesar de ter aumentado a investigação sobre os problemas de saúde mental dos estudantes universitários portugueses, permanecem questões que carecem de esclarecimento, nomeadamente: Como avaliam os estudantes universitários o estado da sua saúde mental? Como se caracterizam as suas representações de vinculação (i.e., os seus níveis de vinculação ansiosa/preocupação e evitante, e estilo de vinculação)? Quais são os níveis das dimensões da consciência interoceptiva que os estudantes universitários relatam? Que diferenças se assinalam entre géneros nos problemas de internalização, vinculação e consciência interoceptiva? Como se relacionam os problemas de internalização com a vinculação e a consciência interoceptiva?

Desta forma, torna-se pertinente examinar os problemas de internalização (ansiedade e depressão), consciência interoceptiva e representações de vinculação dos estudantes universitários portugueses. Assim, são propostos os seguintes objetivos de investigação:

- Descrever os níveis de consciência interoceptiva, representações de vinculação e problemas de internalização (ansiedade e depressão) de estudantes universitários portugueses, em função de variáveis sociodemográficas (género, idade e ano de estudos).
- Examinar a relação dos problemas de internalização (ansiedade e depressão) com a consciência interoceptiva e as representações de vinculação de estudantes universitários.
- Examinar a relação da autoperceção de saúde mental com os problemas de internalização (ansiedade e depressão), as representações de vinculação e a consciência interoceptiva dos estudantes universitários.

Método

Este estudo é de carácter quantitativo e correlacional (Coutinho, 2014), segue um plano de investigação transversal (a recolha dos dados deu-se num único momento de avaliação) e é parte de um projeto de investigação mais amplo. O método de amostragem foi não probabilístico, de conveniência.

Participantes

A amostra é constituída por 298 participantes, todos estudantes universitários portugueses que aceitaram participar voluntariamente no estudo. As Tabelas 1 e 2 apresentam a sua caracterização sociodemográfica.

Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 17 (mín.) e os 59 (máx.) anos de idade, com um valor médio de 23 anos ($M = 22.62$, $DP = 5.61$). No que diz respeito ao género, a maioria são do género feminino (79.9%), ao passo que o masculino compõe 19,8% da amostra. A maior parte são solteiros (92.6%) e de nacionalidade portuguesa (95%). Mais de metade da amostra é residente na região do Alentejo (54%) e 65% da mesma relata estudar na Universidade de Évora. A maior parte dos participantes estão inscritos em licenciaturas (57.7%) e, relativamente ao número total, encontram-se distribuídos por cursos das áreas das Ciências Sociais (42.6%, que incluem cursos como Psicologia, Gestão, Economia e Ciências da Educação) e das Ciências Médicas e da Saúde (26.8%, onde se encontram cursos como Psicomotricidade e Enfermagem).

A maioria dos estudantes da amostra reportaram residir numa localidade diferente daquela onde estudam (58.7%) e, para muitos, foi a primeira vez que saíram da casa de família (49.3%). Grande parte dos estudantes relatou estar envolvida numa relação romântica (53.4%) no momento da recolha de dados. No que diz respeito ao uso de medicação, os participantes dividiram-se entre os 45.6% que referiram tomar medicação e os restantes 54.4% que referiram não o fazer. Quarenta e cinco participantes (15.1%) referiram ainda tomar medicação psicofarmacológica. Por fim, sessenta e oito participantes (22.8%) afirmam ter acompanhamento psicológico.

Tabela 1*Caracterização dos participantes*

	<i>N</i>	Frequência (%)	<i>M (DP)</i>
Idade	298		22.62 (5.61)
Género			
Masculino	59	19.8%	
Feminino	238	79.9%	
Outro	1	.3%	
Estado civil			
Solteiro/a	276	92.6%	
Casado/a	14	4.7%	
Divorciado/a	2	.7%	
Outro	6	2%	
Nacionalidade			
Portuguesa	283	95%	
Outra	15	5%	
Zona de residência			
Norte	34	11.4%	
Centro	49	16.4%	
Lisboa	43	14.4%	
Alentejo	161	54%	
Algarve	2	.7%	
Região Autónoma dos Açores	2	.7%	
Região Autónoma da Madeira	6	2%	
Outra	1	.3%	
Universidade			
Universidade de Évora	194	65.1%	
Universidade de Lisboa	24	8.1%	
Universidade da Beira Interior	13	4.4%	
Universidade de Coimbra	10	3.4%	
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro	6	2%	
Outras	51	17.1%	

	<i>N</i>	Frequência (%)	<i>M (DP)</i>
Área do Curso			
Ciências Exatas	9	3%	
Ciências Naturais	23	7.7%	
Engenharia e Tecnologia	13	4.4%	
Ciências Médicas e da Saúde	80	26.8%	
Ciências Agrárias	15	5%	
Ciências Sociais	127	42.6%	
Humanidades	26	8.7%	
Omissos	5	1.7%	
Ciclo de estudos			
Licenciatura	172	57.7%	
Mestrado	92	30.9%	
Mestrado integrado	24	8.1%	
Doutoramento	10	3.4%	
Ano de estudos			2.31 (1.40)
1º Ano	111	37.2%	
2º Ano	81	27.2%	
3º Ano	51	17.1%	
4º Ano	24	8.1%	
5º Ano	20	6.7%	
6º Ano	11	3.7%	
Medicação			
Sim	136	45.6%	
Não	162	54.4%	
Medicação Psicofarmacológica			
Sim	45	15.1%	
Não	253	84.9%	
Acompanhamento Psicológico			
Sim	68	22.8%	
Não	230	77.2%	

Nota. A variável ano de estudos refere-se ao ano em que estão os participantes desde que iniciaram o percurso académico. Por exemplo, um estudante de 1º ano de mestrado terá assinalado "4º ano".

Tabela 2*Caracterização dos participantes (continuação)*

	<i>N</i>	Frequência (%)	<i>M (DP)</i>
Habilitações acadêmicas - Pai			
Sem o 4º ano completo	4	1.3%	
4º ano	34	11.4%	
6º ano	30	10.1%	
9º ano	52	17.4%	
Ensino Secundário	94	31.5%	
Ensino Superior	80	26.8%	
Sem conhecimento	4	1.3%	
Habilitações acadêmicas - Mãe			
Sem o 4º ano completo	3	1%	
4º ano	16	5.4%	
6º ano	25	8.4%	
9º ano	44	14.8%	
Ensino Secundário	108	36.2%	
Ensino Superior	101	33.9%	
Sem conhecimento	1	.3%	
Residência em tempo de aulas			
Em casa com família	94	31.5%	
Residência universitária	23	7.7%	
Quarto alugado	104	34.9%	
Casa de familiares	13	4.4%	
Apartamento com outros estudantes	58	19.5%	
Outra	6	2%	

	<i>N</i>	Frequência (%)	<i>M (DP)</i>
Localidade onde estuda			
Igual ao local de residência	123	41.3%	
Diferente do local de residência	175	58.7%	
Primeira vez a sair da casa de família			
Sim	147	49.3%	
Não	57	19.1%	
Não se aplica	94	31.5%	
Atualmente tem namorado/a ou companheiro/a			
Sim	159	53.4%	
Não	63	21.1%	
Não, mas já teve	76	25.5%	

Instrumentos

Para medir as variáveis em estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de autorrelato.

Questionário Sociodemográfico

Este questionário possibilitou a recolha de alguns dados essenciais sobre variáveis que caracterizem os participantes: género, idade, naturalidade, residência atual, curso que frequentam, entre outros. Recolheram-se ainda dados referentes a variáveis sociais dos participantes (como a existência de uma relação amorosa) e referentes a informação clínica, como se tem acompanhamento psicológico ou a sua autoperceção de saúde mental. Assim como o mostra uma revisão de literatura com cinquenta e sete estudos (Ahmad et al., 2014), várias

investigações têm mostrado correlações negativas entre medidas multi-item da saúde mental e medidas de autorrelato de item único, tendo sido estas últimas utilizadas para a avaliação da autopercepção de saúde dos participantes.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Criadas por Lovibond e Lovibond (1995; *Depression Anxiety Stress Scales*) e traduzidas e adaptadas para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004), são compostas por um total de 21 itens distribuídos por três domínios, designadamente ansiedade (sete itens; e.g., “Senti-me quase a entrar em pânico”), depressão (sete itens; e.g., “Senti-me desanimado e melancólico”) e stress (sete itens; e.g., “Senti dificuldade em relaxar-me”). A resposta é fornecida numa escala tipo *Likert*, variando as respostas entre 0 – *Não se aplicou nada a mim*, 1 – *Aplicou-se a mim algumas vezes*, 2 – *Aplicou-se a mim de muitas vezes*, e 3 – *Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*. Neste estudo foram apenas utilizados os 14 itens das escalas de ansiedade e depressão. De modo a obter a pontuação de cada escala, deve realizar-se a soma dos valores dos seus sete itens, multiplicada por dois, gerando uma nota que pode variar entre 0 e 42, equivalendo valores mais altos a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004). No que diz respeito à consistência interna das escalas, os autores encontraram alfas de Cronbach nos valores de .85 para a escala de depressão e de .74 para a escala de ansiedade (Pais-Ribeiro et al., 2004), ao passo que no estudo atual foram encontrados valores ligeiramente mais elevados, de .91 para a escala de depressão e de .80 para a escala de ansiedade. Num estudo realizado com estudantes de forma a avaliar a validade do construto, confirmou-se que a versão portuguesa mantém a estrutura de três fatores da versão original, e foram também encontrados alfas de Cronbach altos para as escalas nos valores de 0.87 para a ansiedade e 0.91 para a depressão (Xavier et al., 2017).

Experiências em Relações Próximas (ERP)

Este questionário foi desenvolvido por Brennan et al. (1998; *Experiences in Close Relationships*) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Moreira et al. (2006). Tem como objetivo avaliar as duas dimensões básicas das diferenças individuais no estilo de vinculação dos adultos, nomeadamente a evitação e a preocupação/ansiedade. É composto por um total de 36 itens distribuídos por dois fatores, correspondentes ao domínio da Preocupação (dezoito itens; e.g., “Preocupo-me bastante com a possibilidade de perder a/o minha/meu parceira/o”) e Evitação (dezoito itens; e.g., “Quando a/o minha/meu parceira/o começa a aproximar-se emocionalmente de mim, tendo a afastar-me”). A resposta é disponibilizada numa

escala tipo *Likert*, possibilitando respostas entre 1 – *Discordo fortemente* e 7 – *Concordo fortemente*, sendo 4 – *Neutro/Misto* o ponto central). Quanto à cotação, após invertida a pontuação dos itens com cotação inversa, é calculada a média das pontuações dos itens correspondentes a cada escala, equivalendo os itens de número ímpar à escala de evitação e os pares à de preocupação/ansiedade (Moreira et al., 2006). Em relação à consistência interna do instrumento, os autores encontraram valores compatíveis com boa consistência interna do instrumento, apresentando alfas de Cronbach de .93 para a escala de evitação e de .87 para a de preocupação/ansiedade, com uma análise fatorial que suporta a natureza bifatorial deste instrumento (Moreira et al., 2006). No presente estudo os valores para os alfas de Cronbach são de .90 nas duas subescalas.

Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (MAIA).

Este questionário foi desenvolvido por Mehling et al. (2012; *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness*) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Machorrinho et al. (2018). Este questionário tem como objetivo medir as várias dimensões da consciência interoceptiva. É composto por 33 itens que estão distribuídos pelas seguintes sete dimensões do construto: Notar (três itens; e.g., “Eu noto quando estou desconfortável no meu corpo.”), Não se distrair (quatro itens; e.g., “Eu tento ignorar a dor.”), Não se preocupar (quatro itens; e.g., “Eu consigo manter-me calmo(a) e não me preocupar quando sinto desconforto ou dor.”), Regulação atencional (sete itens; e.g., “Eu consigo redirecionar a atenção dos meus pensamentos para as sensações do meu corpo.”), Consciência emocional (cinco itens; e.g., “Quando algo não está bem na minha vida consigo senti-lo no meu corpo.”), Autorregulação (sete itens; e.g., “Quando dirijo a minha consciência para o meu corpo sinto uma sensação de calma.”) e Confiar (três itens; e.g., “Eu confio nas minhas sensações corporais.”). As respostas são fornecidas numa escala tipo *Likert* de 0 – *Nunca* a 5 – *Sempre*. Após serem invertidas as pontuações dos itens com cotação inversa, a pontuação de cada subescala corresponde à média das pontuações obtidas nos seus itens (Machorrinho et al., 2018). Quanto às qualidades psicométricas do instrumento, primeiramente relativas à consistência interna, foram apresentados valores que os autores classificaram como de suficientes a bons, com alfas de Cronbach variando de .61 a .86 (nomeadamente para cada escala: Notar = .61; Não se distrair = .81; Não se preocupar = .74; Regulação atencional = .86; Consciência emocional = .80; Autorregulação = .87; Confiar = .81; Machorrinho et al., 2018). Quanto à presente investigação, os valores de alfa de Cronbach encontrados variam entre .73 e .89 (nomeadamente para cada escala: Notar = .73; Não se distrair = .89; Não se preocupar =

.77; Regulação atencional = .85; Consciência emocional = .81; Autorregulação = .88; Confiar = .86). As escalas mostraram valores adequados de fiabilidade teste-reteste e, relativamente à validade de construto, a análise fatorial confirmatória comprovou como adequada a estrutura do modelo de sete fatores (Machorrinho et al., 2018).

Procedimentos

De modo a preparar a recolha de dados, foi construído especificamente para o estudo um questionário sociodemográfico que permitisse caracterizar a amostra. Juntamente, foram selecionados os instrumentos de autorrelato adequados ao estudo das variáveis em investigação, nas suas versões adaptadas e validadas para a população portuguesa.

Uma vez construído o protocolo de recolha de dados (incluindo informação sobre o estudo, declaração de Consentimento Informado e Instrumentos de Avaliação), a informação sobre o estudo e o pedido de disseminação foi endereçado aos Diretores de Curso/Departamento de vários estabelecimentos de Ensino Superior de Portugal, para Associações Académicas e de Estudantes, para a *mailing list* interna institucional dos estudantes da Universidade de Évora, e ainda disseminada pessoalmente e através das redes sociais dos investigadores. Os dados foram recolhidos online, através da plataforma *LimeSurvey*, com início a 21 de novembro de 2023 e término a 22 de março de 2024.

Dos 845 acessos ao questionário online, consideraram-se apenas os questionários com respostas completas ($N = 300$). Foram ainda eliminados dois participantes por apresentarem respostas inválidas, concluindo-se a amostra final com $N = 298$.

Análise Estatística

Passou-se então à análise dos dados recolhidos através do software de análise estatística *IBM SPSS Statistics (Version 29)*, com a ajuda do qual se calcularam as estatísticas descritivas e inferenciais necessárias de acordo com os objetivos de investigação mencionados anteriormente.

Foram calculadas as pontuações das escalas e subescalas relativas às variáveis em análise: problemas de internalização (ansiedade e depressão; EADS-21, Pais-Ribeiro et al., 2004), representações da vinculação (evitação e preocupação/ansiedade; ERP, Moreira et al., 2006), e consciência interoceptiva (notar, não se distrair, não se preocupar, regulação atencional, consciência emocional, autorregulação e confiar; MAIA-P, Machorrinho et al., 2018). Testou-se também a fiabilidade das escalas para a atual investigação através do cálculo do alfa de Cronbach, tendo estas mostrado boa consistência interna.

De forma a operacionalizar o conceito de vinculação em termos de estilos de vinculação, foi utilizado o modelo proposto por Bartholomew e Horowitz (1991). As pontuações das dimensões de vinculação evitante e preocupada/ansiosa (ERP) acima vs. abaixo da média da amostra foram usadas para criar a variável categórica “estilo de vinculação” com quatro categorias: vinculação segura (evitação e preocupação abaixo da média), vinculação ansiosa/ambivalente (preocupação acima da média e evitação abaixo), vinculação evitante receosa (evitação e preocupação acima da média) e vinculação evitante desligada (evitação acima da média e preocupação abaixo).

Na sequência, foi realizada uma análise exploratória da distribuição das variáveis quantitativas, focando tanto na totalidade da amostra, como separadamente para os gêneros feminino e masculino (subamostras). Utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade das distribuições, de modo a tomar uma decisão entre a utilização de testes paramétricos ou não-paramétricos. A distribuição das variáveis não seguiu uma distribuição normal, nem na amostra total nem nas subamostras por gênero. Todavia, visto que a amostra e subamostras tinham sempre N superior a 30 ($N = 298$; feminino = 238; masculino = 59), optou-se pelo recurso a testes paramétricos com base no Teorema do Limite Central (Pestana & Gageiro, 2014). Para analisar as diferenças de gênero utilizou-se o teste t para amostras independentes. Através do teste de Levene foi também aferida a homogeneidade das variâncias e, sempre que esta não se verificava, utilizou-se o teste t para amostras independentes com uma aproximação de Satterthwaite para os graus de liberdade, tal como disponibilizado pelo *SPSS*. Para qualificar estatisticamente o tamanho do efeito, foi utilizado o valor do d de Cohen com base nos valores de referência definidos pelo autor (Cohen, 1992), classificando-se este efeito como pequeno ($.20 \leq d < .50$), médio ($.50 \leq d < .80$) ou grande ($d \geq .80$).

Para analisar a associação das variáveis “ano de estudos”, “idade” e “autopercepção de saúde mental” com os problemas de internalização, dimensões da vinculação e dimensões da consciência interoceptiva, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Também foi utilizado o coeficiente de Spearman para analisar a associação entre os problemas de internalização e as outras variáveis, nomeadamente, de vinculação e de consciência interoceptiva. Relativamente ao tamanho do efeito das correlações, consideraram-se os valores de referência propostos por Cohen (1992): pequeno ($.10 \leq r < .30$), médio ($.30 \leq r < .50$) ou grande ($r \geq .50$).

Para testar possíveis diferenças entre os estilos de vinculação (variável categórica) quanto a problemas de internalização e consciência interoceptiva, optou-se pelo recurso a testes não-paramétricos, dado que a distribuição dessas variáveis se verificou não ser consistente com

a normal nas subamostras de cada um dos quatro estilos de vinculação. Foi assim utilizado o teste de Kruskal-Wallis, que, indicando diferenças estatisticamente significativas, se fez seguir de testes *post-hoc* de Mann-Whitney para comparações múltiplas entre pares de categorias de estilos de vinculação. Ainda se executou o teste de Qui-Quadrado para averiguar as diferenças associadas ao género nos diferentes estilos de vinculação.

Consideraram-se significativas as diferenças e associações que apresentassem $p < .05$, e marginalmente significativas quando $p < .10$.

Questões Éticas

Todos os participantes eram maiores de 18 anos e deram o seu Consentimento Informado à participação no estudo. Este segue todos os princípios éticos em vigor da Declaração de Helsínquia para estudos com seres humanos, assim como da American Psychological Association e da Ordem dos Psicólogos Portugueses, bem como a legislação em vigor sobre proteção de dados. Os dados foram recolhidos em condição de anonimato e garantindo sempre a confidencialidade dos participantes. O projeto de investigação mais amplo de que este estudo faz parte foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora (número do processo: GD/50186/2022).

Resultados

Estatísticas Descritivas

Na Tabela 3 são apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis em investigação, designadamente problemas de internalização, vinculação e consciência interoceptiva, por género e para a amostra total.

Tabela 3

Estatísticas descritivas para a amostra total e dividida por género, e estatísticas do teste t para amostras independentes (para diferenças de género)

		Média	DP	Mín	Máx	t	p	d
Problemas de internalização								
Ansiedade	Masculino	10.14	8.44	.00	36.00			
	Feminino	10.96	8.66	.00	42.00			
	Total	10.81	8.60	.00	42.00	-.66	.512	-.10
Depressão	Masculino	15.49	11.29	.00	42.00			
	Feminino	12.56	10.92	.00	42.00			
	Total	13.15	11.02	.00	42.00	1.83	.068	.27
Vinculação								
Evitação	Masculino	3.31	1.17	1.28	6.06			
	Feminino	2.62	1.14	1.00	5.83			
	Total	2.76	1.18	1.00	6.06	4.14	.000	.60
Preocupação	Masculino	3.88	1.07	1.33	6.50			
	Feminino	3.97	1.09	1.06	6.89			
	Total	3.96	1.09	1.06	6.89	-.61	.544	-.09
Consciência interoceptiva								
Notar	Masculino	3.06	1.22	.00	5.00			
	Feminino	3.56	.97	.00	5.00			
	Total	3.46	1.04	.00	5.00	-2.93	.004	-.49
Não distrair	Masculino	2.11	1.28	.00	5.00			
	Feminino	1.82	1.04	.00	5.00			
	Total	1.87	1.10	.00	5.00	1.60	.113	.26
Não se preocupar	Masculino	2.64	.90	.25	4.75			
	Feminino	2.43	1.01	.00	5.00			
	Total	2.47	.99	.00	5.00	1.42	.156	.21
Regulação Atencional	Masculino	2.91	.88	.00	4.71			
	Feminino	2.93	.84	.43	5.00			
	Total	2.92	.85	.00	5.00	-.19	.852	-.03
Consciência Emocional	Masculino	3.26	1.07	.00	5.00			
	Feminino	3.68	.89	.80	5.00			
	Total	3.60	.94	.00	5.00	-3.14	.002	-.46
Autorregulação	Masculino	2.42	1.07	.00	4.43			
	Feminino	2.51	.95	.14	5.00			
	Total	2.49	.97	.00	5.00	-.67	.502	-.10
Confiar	Masculino	3.23	1.31	.00	5.00			
	Feminino	3.26	1.03	.00	5.00			
	Total	3.25	1.09	.00	5.00	-.18	.857	-.03

Nota. Graus de liberdade = 295, exceto para Notar ($gl= 77.22$), Não distrair ($gl= 78.26$) e Confiar ($gl= 76.74$).

Em primeiro lugar, comparando as variáveis relativas aos problemas de internalização, a média total nos níveis de ansiedade foi inferior aos de depressão, mostrando-se os valores da última consistentemente superiores tanto no total como nos dois géneros.

Quanto às variáveis relativas à vinculação, a média total nos valores de preocupação foi superior aos de evitação, verificando-se os valores da variável preocupação consistentemente superiores tanto no total como nos dois géneros.

Finalmente, foram analisadas as várias dimensões que compõem o construto da consciência interoceptiva. Analisando os valores médios totais, salientam-se os das dimensões “notar”, “consciência emocional” e “confiar”, sendo estes relativamente mais elevados, ao passo que a dimensão “não distrair” apresenta valores médios baixos.

Tabela 4

Variáveis relativas à autoperceção de saúde mental

	<i>N</i>	<i>%</i>	Mediana	Média (Desvio Padrão)
Saúde Mental			2	2.27 (.89)
Muito má	8	2.7		
Má	44	14.8		
Razoável	125	41.9		
Boa	102	34.2		
Muito boa	19	6.4		

Quanto à perceção de saúde relatada pelos sujeitos, é possível verificar na Tabela 4 que a saúde mental é relatada maioritariamente como razoável (41.9%), sendo a classificação menos comum a de uma saúde mental muito má (2.7%).

Tabela 5*Tipos de vinculação, na totalidade e divididos por género*

	Masculino		Feminino		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Vinculação Segura	15	25.4	77	32.4	92	31
Vinculação Ansiosa/Ambivalente	7	11.9	68	28.6	75	25.3
Vinculação Evitante Desligada	15	25.4	34	14.3	49	16.5
Vinculação Evitante Receosa	22	37.3	59	24.8	81	27.3
Total	59	100	238	100	297	100

Após a recodificação das variáveis dimensionais de vinculação (evitação e preocupação) nos quatro estilos de vinculação, obtiveram-se as frequências presentes na Tabela 5. Através destes resultados, é possível determinar que, na totalidade da amostra, o estilo de vinculação predominante é a vinculação segura (31%), seguida pela vinculação evitante receosa (27.3%) e, depois, a vinculação ansiosa/ambivalente (25.3%). O estilo de vinculação menos presente na amostra total é a vinculação evitante desligada (16.5%).

Diferenças de Género

Com o objetivo de investigação que pretende examinar a relação entre variáveis sociodemográficas e as variáveis em estudo em vista, analisaram-se os resultados obtidos face ao género.

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas e os resultados do teste *t* para amostras independentes, possibilitando a comparação dos problemas de internalização, vinculação e consciência interoceptiva por género. De acordo com os valores obtidos, o teste *t* sugere não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de ansiedade dos dois géneros. Em relação à depressão, o teste *t* revelou uma diferença marginalmente significativa (tamanho do efeito pequeno), com uma tendência para níveis superiores de depressão nos participantes do género masculino.

Seguidamente, apresentam-se na Tabela 3 as variáveis que dizem respeito ao construto da vinculação, nomeadamente a evitação e a preocupação. No que diz respeito à evitação, o teste *t* revelou diferenças significativas entre as médias dos dois grupos de género, apontando valores superiores de evitação para os participantes do género masculino, com um efeito

considerado médio. Quanto à variável preocupação/ansiedade, não existem diferenças com significância estatística entre os dois subgrupos de género.

Ultimamente, quanto às várias dimensões que compõem o construto da consciência interoceptiva, na Tabela 3 é possível verificar que, no que diz respeito à diferença entre géneros, as dimensões "notar" e "consciência emocional" destacam-se por apresentarem diferenças significativas entre os dois subgrupos de género, com resultados médios mais elevados para o género feminino. Em ambas as dimensões, o tamanho do efeito é pequeno, sugerindo que estas diferenças são estatisticamente relevantes. Por outro lado, nas restantes dimensões ("não distrair", "não se preocupar", "regulação atencional", "autorregulação" e "confiar"), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Na Tabela 5, apresentam-se as frequências dos quatro estilos de vinculação. Foi também realizado o teste de qui quadrado para avaliar a associação entre as diferenças de género e os tipos de vinculação. Revelou-se uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis, $\chi^2(3) = 12.22, p = .007$. Assim, a distribuição dos tipos de vinculação difere significativamente entre os géneros. Ao analisar a subamostra do grupo de participantes do género masculino, é notável que o estilo de vinculação mais registado é a vinculação evitante receosa (37.3%), ao passo que, pelo contrário, a menos cotada nestes participantes foi a vinculação ansiosa/ambivalente (11.9%). Os dois restantes estilos de vinculação (vinculação segura e vinculação evitante desligada) registaram o mesmo número de sujeitos (25.4%). Quanto às participantes do género feminino, assinalou-se uma predominância no estilo de vinculação segura (32.4%), seguindo-se da vinculação ansiosa/ambivalente (28.6%) e da vinculação evitante receosa (24.8%). No grupo composto por este género, o estilo de vinculação menos existente foi a vinculação evitante desligada (14.3%). Desta forma, destaca-se uma predominância da vinculação segura no género feminino (seguida da vinculação ansiosa/ambivalente) comparada à preponderância da vinculação evitante receosa no género masculino.

Diferenças Associadas à Idade e ao Ano de Estudos

Ainda como resposta ao objetivo de investigação que visa examinar a relação entre variáveis sociodemográficas com as variáveis em estudo, a Tabela 6 apresenta os níveis de correlação entre as variáveis e dimensões representativas dos construtos problemas internalizados, vinculação e consciência interoceptiva. Primeiramente, as variáveis relativas à vinculação não parecem estar correlacionadas com as variáveis idade e ano de estudos.

Tabela 6

Correlações de Spearman da Idade e Ano de Estudos com as variáveis de Problemas de internalização, Vinculação e Consciência Interoceptiva

	Idade	Ano de Estudos
Problemas de internalização		
Ansiedade	-.20**	-.06
Depressão	-.15**	-.10
Vinculação		
Evitação	-.11	-.09
Preocupação	-.11	-.05
Consciência interoceptiva		
Notar	.20**	.12*
Não distrair	.08	.05
Não se preocupar	.19**	.13*
Regulação Atencional	.02	.01
Consciência Emocional	.05	.06
Autorregulação	.16**	.05
Confiar	.05	.05

** A correlação é significativa no nível .01. * A correlação é significativa no nível .05.

Seguidamente, no que diz respeito às dimensões da consciência interoceptiva, verifica-se que a dimensão “notar” manifesta correlações positivas significativas com as variáveis idade ($p < .01$) e ano de estudos ($p < .05$), com tamanhos de efeito médios. Este resultado sugere que, à medida que a idade e o ano de estudos aumentam, a dimensão “notar” aumenta também. A dimensão “não se preocupar” mostra também estar positivamente correlacionada com a idade ($p < .01$) e com o ano de estudos ($p < .05$), com significância estatística para ambas, ainda que com tamanhos de efeito pequenos. Ainda, a dimensão “autorregulação” apresentou da mesma forma uma correlação positiva e significativa com a idade ($p < .01$, com um tamanho de efeito pequeno), todavia, esta correlação não se expressou entre a dimensão em questão e a variável ano de estudos.

Por outro lado, as dimensões “não distrair”, “regulação atencional”, “consciência emocional” e “confiar” não representaram correlação significativa nem com a idade nem com o ano de estudos.

Por último, relativamente aos problemas de internalização, a ansiedade correlacionou-se negativa e significativamente com a idade ($p < .01$, com tamanho de efeito pequeno), sugerindo que à medida que a idade cresce, a ansiedade diminui. Porém, não foi encontrada uma correlação significativa com a variável ano de estudos. Semelhantemente, a variável depressão mostrou uma correlação negativa significativa com a idade ($p < .01$, com tamanho de efeito pequeno), sem correlação com o ano de estudos.

Problemas de Internalização e a sua Associação com Vinculação e Consciência Interoceptiva

A Tabela 7 mostra as correlações dos construtos em estudo. Verifica-se que as variáveis da vinculação (evitação e preocupação) se correlacionam positiva e significativamente com as variáveis dos problemas de internalização, ansiedade ($p < .01$) e depressão ($p < .01$), expressando esta última valores mais elevados. Todas as correlações em questão apresentaram tamanhos de efeito médios, à exceção da relação entre a evitação e a ansiedade (tamanho de efeito pequeno), que se encontra no limiar do ponto de corte (.30; Cohen, 1992).

Tabela 7

Correlações de Spearman entre Problemas de Internalização (ansiedade e depressão) e as variáveis de Consciência Interoceptiva e Vinculação

	Ansiedade	Depressão
Vinculação		
Evitação	.29**	.38**
Preocupação	.33**	.38**
Consciência interoceptiva		
Notar	.03	-.07
Não distrair	-.36**	-.29**
Não se preocupar	-.18**	-.05
Regulação Atencional	-.11	-.21**
Consciência Emocional	.07	-.12*
Autorregulação	-.15**	-.28**
Confiar	-.29**	-.43**

** A correlação é significativa no nível .01. * A correlação é significativa no nível .05.

Relativamente ao construto da consciência interoceptiva, a ansiedade correlacionou-se negativamente e de modo significativo com as dimensões “não distrair” ($p < .01$, com um tamanho de efeito médio), “confiar” ($p < .01$, com um tamanho de efeito pequeno), “não se preocupar” ($p < .01$, com um tamanho de efeito pequeno) e “autorregulação” ($p < .01$, com um tamanho de efeito pequeno). Por sua parte, as dimensões “notar”, “regulação atencional” e “consciência emocional” não mostraram correlações significativas com a ansiedade. Quanto à variável depressão, observou-se também que a correlação foi negativa e significativa com as dimensões “confiar” ($p < .01$, com um tamanho de efeito médio), “não distrair” ($p < .01$, com um tamanho de efeito pequeno), “autorregulação” ($p < .01$, com um tamanho de efeito pequeno), “regulação atencional” ($p < .01$, com um tamanho de efeito pequeno) e “consciência emocional” ($p < .05$, com um tamanho de efeito pequeno). Contudo, as dimensões “notar” e “não se preocupar” não se correlacionaram significativamente com a depressão.

Entre as duas variáveis de problemas de internalização, ou seja, a ansiedade e a depressão, o coeficiente de correlação encontrado foi positivo e significativo ($p < .01$, $r = .60$) com um tamanho de efeito grande, sugerindo que ambas as variáveis crescem ou diminuem conjuntamente.

Associação da Autopercepção de Saúde Mental com Problemas de Internalização, Vinculação e Consciência Interoceptiva

Na Tabela 8 encontram-se as correlações entre as variáveis de consciência interoceptiva, vinculação e problemas de internalização com a variável de percepção de saúde mental. Numa leitura global, a variável saúde mental partilhou tamanhos de efeito altos, chegando a ser médios ou até grande com as variáveis com as quais se correlacionava.

Por parte da vinculação, a saúde mental mostrou estar correlacionada negativa e significativamente com a evitação ($p < .01$, com um tamanho de efeito pequeno) e com a preocupação ($p < .01$, com um tamanho de efeito médio). Assim, pode aferir-se que quanto maior for a evitação ou a preocupação, menor será a autopercepção de saúde mental.

Respetivamente à consciência interoceptiva, a maioria das dimensões em estudo expressaram correlação positiva e significativa com a saúde mental, partilhando tamanhos de efeito médios e pequenos. Contudo, as dimensões “notar” e “consciência emocional” não parecem estar correlacionadas com a saúde mental.

Tabela 8

Correlações de Spearman das variáveis relativas à Autopercepção de Saúde Mental com as variáveis de Problemas de Internalização, Vinculação e Consciência Interoceptiva

Autopercepção de Saúde Mental	
Problemas de internalização	
Ansiedade	-.46**
Depressão	-.60**
Vinculação	
Evitação	-.28**
Preocupação	-.37**
Consciência interoceptiva	
Notar	.05
Não distrair	.30**
Não se preocupar	.15*
Regulação Atencional	.26**
Consciência Emocional	.11
Autorregulação	.31**
Confiar	.47**

** A correlação é significativa no nível .01. * A correlação é significativa no nível .05.

Salienta-se que a dimensão que mostrou uma correlação mais elevada, assim como o tamanho do efeito, foi a dimensão “confiar” ($p < .01$, com um tamanho de efeito médio, aproximado do ponto de corte para o tamanho de efeito grande), enquanto as que mostraram correlacionar-se menos com a percepção de saúde mental foram o notar e a consciência emocional.

Por fim, foram também encontradas correlações entre as variáveis de problemas de internalização e a variável de percepção de saúde. A ansiedade correlacionou-se negativa e significativamente com a autopercepção de saúde mental ($p < .01$, com um tamanho de efeito médio). Da mesma forma, a depressão mostrou também uma correlação negativa e significativa com a variável subjetiva de saúde mental ($p < .01$, com um tamanho de efeito grande). Conclui-se, desta forma, que à medida que os problemas de internalização crescem, a autopercepção de saúde diminui.

Discussão

A presente investigação teve como objetivo geral explorar a relação entre os problemas de internalização (especificamente ansiedade e depressão), a consciência interoceptiva e as representações de vinculação nos estudantes universitários portugueses. Foram também formulados objetivos de investigação mais específicos de forma a aprofundar o estudo das variáveis em foco em função de variáveis sociodemográficas e da autoperceção de saúde mental dos estudantes.

Problemas de internalização, vinculação e consciência interoceptiva em função das variáveis sociodemográficas

Começando pelos problemas de internalização e diferenças de género, observou-se uma diferença significativa nos níveis de depressão, sendo o género masculino que demonstra níveis mais altos. Contudo, revelou-se não existirem diferenças de género estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade. Estes resultados não apoiam a generalidade da investigação, que tem encontrado valores tanto de depressão (Amaro et al., 2024; De Paula et al., 2020; Eisenberg et al., 2007) como de ansiedade (Calling et al., 2017; Carapeto & Veiga, 2023; De Paula et al., 2020; Eisenberg et al., 2007) superiores para o género feminino, incluindo estudos realizados com amostras universitárias (Afonso et al., 2020; Barros & Sacau-Fontenla, 2021; Gomez-Baya et al., 2025; Ochnik et al., 2021).

Embora mais raros, existem alguns estudos nos quais os níveis de depressão se apresentaram mais altos no género masculino, especialmente em países da Ásia Oriental nos quais se podem verificar culturas mais coletivistas (em comparação a culturas mais individualistas do Ocidente) onde as expectativas sociais e culturais parecem potenciar a depressão masculina (Cheung et al., 2020; Yu et al., 2022). Existe a possibilidade de que estes resultados também possam ter uma origem mais metodológica, relacionada com a natureza voluntária da participação no estudo e a menor prevalência de participantes do género masculino. De facto, rapazes com mais sintomatologia depressiva podem sentir-se mais sensibilizados para participar em estudos sobre saúde mental de estudantes, em comparação com rapazes que não partilhem dessa sintomatologia.

Quanto à idade e ao ano de estudos, registou-se uma relação significativamente negativa entre a idade e tanto a ansiedade como a depressão, mostrando que enquanto a idade aumenta e quando se avança no ano de estudos, os problemas de internalização diminuem. Estes resultados estão em linha com a maioria da literatura tanto da população em geral (Christensen et al., 1999; Henderson et al., 1998) como com estudantes universitários (Al-Garni et al., 2025;

Bayram & Bilgel, 2008; Ibrahim et al., 2013; Silva et al., 2017). Este padrão decrescente pode estar associado ao esforço adaptativo que é exigido na entrada para a universidade que, como mencionado anteriormente, tem os seus próprios desafios na vida de um adulto emergente (Bayram & Bilgel, 2008; Sahão & Kienen, 2021), e, assim, é possível que, à medida que o estudante se vai adaptando, diminuam os problemas de internalização.

Relativamente às representações de vinculação, a evitação mostrou-se superior nos participantes masculinos estando assim de acordo com estudos anteriores (Ciocca et al., 2020; Del Giudice, 2011; Del Giudice, 2019; Mikulincer & Shaver, 2016; Weber et al., 2022). Na mesma linha, a maior parte dos estudantes do género masculino registou predominantemente os estilos de vinculação evitantes (67%; especialmente evitante receoso), os menos prevalentes no género feminino. Neste género fez-se representar maioritariamente o estilo de vinculação segura (baixos níveis de preocupação/ansiedade e de evitação) seguido de vinculação ansiosa/ambivalente. Por outro lado, relativamente à vinculação ansiosa/ambivalente, os resultados são menos claros. Enquanto a versão dimensional (i.e., preocupação e evitação) da variável não exibiu diferenças entre os géneros, a versão categórica revelou que o estilo de vinculação ansiosa/ambivalente é mais prevalente nas raparigas do que nos rapazes, apontando já na mesma direção da investigação existente (Carapeto & Veiga, 2023; Carapeto et al., 2022; Ciocca et al., 2020; Del Giudice, 2011, 2019; Mikulincer & Shaver, 2016; Weber et al., 2022).

Não foi encontrada relação entre a idade (e o ano de estudos) e as variáveis relativas à vinculação, apoiando o estudo de Melo e Mota (2014), com uma amostra de jovens entre os treze e os vinte e cinco anos, que também referem não existir relação entre a idade e as representações de vinculação. Os resultados do presente estudo sugerem uma estabilidade das representações de vinculação ao longo do tempo, o que é consistente com a proposta de estudos anteriores de que as representações de vinculação são formadas a partir das relações primárias do indivíduo e guiá-lo-ão nas suas relações futuras (Fraley, 2002). Ainda assim, com o estabelecimento de relações ao longo da vida e novas perspetivas que chegam com as mesmas, Machado (2007) refere que os modelos internos de vinculação, apesar da sua estabilidade relativa, podem reestruturar-se no sentido de adquirir mais segurança ao longo do tempo.

Por último, a consciência interoceptiva mostrou diferenças significativas entre os dois géneros nas dimensões “notar” e “consciência emocional”, com valores mais elevados para participantes do género feminino. Este resultado apoia estudos mencionados previamente, que aferem ao género feminino uma maior habilidade para notar as suas sensações corporais e maior consciência emocional, ou seja, melhor compreensão da relação entre as sensações corporais e

os estados emocionais (Carapeto & Veiga, 2023; Grabauskaitė et al., 2017; Pinto et al., 2022), e mais sensibilidade e monitorização das suas sensações corporais (Ginzburg et al., 2013).

Foram observadas relações significativas tanto na idade como no ano de estudos para com as dimensões “notar” e “não se preocupar” da consciência interoceptiva, mostrando que estas variáveis aumentam conjuntamente. Da mesma forma, a dimensão “autorregulação” aumenta a par com a variável idade. No geral, os resultados apontam no sentido de a consciência interoceptiva aumentar com a idade. Contudo, outros estudos mostram uma tendência oposta, nomeadamente a diminuição da consciência interoceptiva com a idade a longo prazo (Khalsa et al., 2009; MacCormack et al., 2021; Pfeifer & Cawkwell, 2025; Ulus & Aisenberg-Shafran, 2022). Esta divergência de resultados pode dever-se ao facto de a presente amostra ser composta por estudantes universitários (média de 23 anos de idade), quando os estudos em questão utilizam amostras com um intervalo de idades mais amplo, envolvendo mais estágios desenvolvimentais do que aquele atualmente em estudo.

Problemas de internalização e sua associação com a vinculação e a consciência interoceptiva

De seguida, foram examinadas as relações dos problemas de internalização (ansiedade e depressão) com a consciência interoceptiva e as representações de vinculação de estudantes universitários.

Primeiramente, verificou-se a existência da associação entre as variáveis da vinculação e os problemas de internalização, sugerindo que à medida que a evitação ou a preocupação aumentam, aumentam também os níveis de ansiedade ou depressão. Estes resultados estão de acordo com a literatura existente que sugere que os problemas de internalização se encontram relacionados com vinculação insegura (Carapeto & Veiga, 2023; Carapeto et al., 2022; Emran et al., 2022; Fang & Wang, 2024; Mickelson et al., 1997; Picardi et al., 2013; Silva & Costa, 2005; Warren et al., 1997; Zhang et al., 2022). No mesmo sentido, Owens et al. (2018) mostraram uma influência direta da vinculação evitante na redução da depressão, e sugeriram também que a relação entre as vinculações evitante e ansiosa e os valores elevados de depressão, pode ser mediada por uma regulação emocional frágil. Alguns estudos encontraram também resultados em que quando a vinculação é evitante, não se encontram associações com a depressão (Emran et al., 2022) e a ansiedade (Warren et al., 1997), resultados estes apoiados por uma meta-análise que mostrou a ausência de associação entre a depressão e a vinculação evitante (Dagan et al., 2018).

No que diz respeito à relação entre os problemas de internalização e a consciência interoceptiva, a ansiedade associou-se de forma negativa com várias dimensões da consciência interoceptiva (“não distrair”, “confiar”, “não se preocupar” e “autorregulação”). Ou seja, níveis mais elevados de ansiedade andam a par com uma maior tendência do indivíduo para se preocupar com as suas sensações corporais negativas e distrair-se delas, e menor confiança nas suas sensações corporais e na capacidade para se autorregular através das suas sensações somáticas. Por seu lado, a depressão relacionou-se também negativamente com as várias dimensões da consciência interoceptiva (“confiar”, “não distrair”, “autorregulação”, “regulação atencional” e “consciência emocional”). Desta forma, quanto mais alta for a sintomatologia depressiva, menor é a tendência do indivíduo para confiar nas suas sensações corporais, para não se distrair das suas sensações corporais negativas, menor é a capacidade de se autorregular, de regular a sua atenção para as suas diversas sensações corporais e mais baixa é a consciência da conexão entre as suas emoções e as suas sensações corporais. No geral, os resultados encontrados estão de acordo com a investigação existente, principalmente na medida em que é encontrada associação entre consciência interoceptiva e problemas de internalização (Brewer et al., 2021; Murphy et al., 2017; Suzuki et al., 2021). Quanto às dimensões de consciência interoceptiva envolvidas, os resultados nem sempre são consensuais.

Como referido anteriormente, os estudos anteriores sugerem uma relação entre a consciência interoceptiva e os níveis de depressão e ansiedade em diferentes estudos (Durán et al., 2024; Murphy et al., 2017; Suzuki et al., 2021). Contudo, o sentido desta relação parece depender da especificidade psicopatológica (Brewer et al., 2021) e da conceptualização multidimensional da consciência interoceptiva.

Estudos mais recentes mostram de que forma se expressa a relação entre ansiedade e depressão com a consciência interoceptiva. Durán et al. (2024) afirmam que as dimensões de “consciência emocional” e “autorregulação” se relacionam com a ansiedade, enquanto as dimensões “notar” e “consciência emocional” estão mais relacionadas com a depressão. Indivíduos com depressão mostraram hipersensibilidade a sensações corporais (alto nível de “notar”) e incapacidade de se focarem nas suas sensações físicas e regulá-las (baixos níveis de “regulação atencional” e “autorregulação”), assim como dificuldade em interpretar e confiar em sinais corporais (baixo nível de “confiar”) (Zhou et al., 2024). Em parte, estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, nomeadamente, no que toca a altos níveis de depressão se relacionarem com baixa regulação atencional, autorregulação e confiar. Os vários dados apontam para relações entre a depressão e a dimensão notar, que não foram encontrados neste estudo.

A ansiedade foi associada a interpretações de sinais corporais como negativos, assim como maior sensibilidade para sentir sensações corporais negativas e maior dificuldade em descrever emoções e sensações corporais (Clemente et al., 2024). Outros estudos relacionaram a dimensão “regulação atencional” negativamente com ansiedade e depressão, com a capacidade do indivíduo para perceber e cuidar das suas sensações corporais internas sem se distrair ou sobre-estimular (Lee et al., 2024). Esta relação está presente também neste estudo com a depressão.

Finalmente, foi encontrada uma forte associação positiva entre a ansiedade e a depressão, o que não é surpreendente, uma vez que é comum as duas variáveis acompanharem-se mutuamente, existindo comorbilidade entre as duas (Hohls et al., 2021; Saha et al., 2021).

Problemas de internalização, vinculação e consciência interoceptiva em função da autopercepção de saúde mental

Por fim, examinou-se a relação da autopercepção de saúde mental dos estudantes universitários com os problemas de internalização (ansiedade e depressão), as representações de vinculação e a consciência interoceptiva.

Como seria de esperar, foram encontradas associações negativas entre a autopercepção de saúde mental e as ansiedade e depressão, evidenciando que, quando estes problemas de internalização aumentam, a autopercepção de saúde mental diminui (e vice-versa). Estes resultados vão ao encontro de outras investigações, que apoiam que quando estão presentes problemas de internalização, como a ansiedade e a depressão, é comum que o indivíduo perceba a sua saúde mental como fraca (Freitas et al., 2024; Ishida et al., 2020; Östberg & Nordin, 2022), e que validam as medidas de autorrelato da saúde mental de item único (Ahmad et al., 2014).

O fenómeno anterior repete-se também entre a saúde mental e ambas as dimensões da vinculação, sugerindo que indivíduos com níveis mais altos de evitação ou preocupação percebem a sua saúde mental como mais baixa. Quanto à consciência interoceptiva, analisou-se que quanto melhor for a percepção do indivíduo sobre a sua saúde mental, melhor é a sua consciência interoceptiva, designadamente através das dimensões “não distrair”, “não se preocupar”, “regulação atencional”, “autorregulação” e “confiar”. Não foi encontrada literatura que explorasse estas duas relações, da autopercepção de saúde mental com a vinculação e com a consciência interoceptiva. Os estudos encontrados utilizaram escalas de sintomas psicopatológicos para medir a sua relação com as variáveis vinculação e consciência interoceptiva. No entanto, como mencionado acima e no capítulo do Método, existem

correlações significativas entre medidas de item único sobre a autopercepção de saúde mental e escalas que medem problemas de internalização (ansiedade e depressão; Ahmad et al., 2014). Seguindo esta lógica, é possível verificar que as relações em causa seguem as mesmas tendências que as relações entre os problemas de internalização em função da vinculação e da consciência interoceptiva (explorados no subtópico anterior). Realça-se ainda que a correlação da autopercepção de saúde mental com as variáveis em estudo apresenta tamanhos de efeito maioritariamente médios e até grande (com a depressão). Estas parecem ser, pois, as primeiras contribuições para o estudo da relação entre medidas de item único da autopercepção da saúde mental e as variáveis de vinculação e consciência interoceptiva.

Limitações da Investigação

O presente estudo encontra algumas limitações que serão discutidas de seguida. Primeiramente, refere-se a natureza transversal do estudo, que não permite inferir a influência das variáveis ao longo do tempo ou relações de causalidade. Enumera-se também o instrumento de recolha de dados, que por ser extenso, pode ter resultado na desistência de participantes. A utilização de instrumentos de autorrelato pode ter possibilitado efeitos como os da desejabilidade social, outro fator que pode ter causado enviesamento nas respostas dos participantes, inibindo-os de responderem honestamente aos itens. Por outro lado, o método de amostragem não-probabilística de conveniência usado para formar a presente amostra não garante que esta seja representativa da população dos estudantes universitários portugueses, limitando assim a generalização dos resultados. Da mesma forma, sendo o género uma das variáveis estudadas, o rácio de participantes do género feminino para participantes do género masculino não foi equilibrado, com pouca participação de participantes do género masculino, pelo que, por exemplo, a interpretação das diferenças entre géneros deve ser feita com reserva. Pode também ser tida em conta a escassez de literatura quanto a determinadas variáveis e relações entre variáveis (como, por exemplo, sobre a autopercepção de saúde mental e a sua relação com vinculação ou consciência interoceptiva), que apesar de evidenciar a pertinência do estudo, impossibilita a comparação com outras investigações e limita a discussão dos resultados.

Implicações para a Prática e para a Investigação

Na lógica das limitações encontradas e com a futura investigação destas variáveis em vista, propõem-se algumas sugestões para a realização de estudos futuros: (1) Operacionalização de estudos longitudinais, de modo a verificar se existem diferenças ao longo

do tempo ou relações de causalidade; (2) Replicação do estudo com outra amostra, mais representativa da população de estudantes universitários portugueses, de forma a verificar se se mantêm os resultados obtidos; (3) Replicação do estudo com amostras diferentes, social e culturalmente, para verificar se os resultados diferem no tempo, cultura e espaço; (4) Seria interessante explorar a relação de outras variáveis com as variáveis em estudo, por exemplo, a regulação emocional; (5) Na mesma linha, seria curioso explorar também os dados do atual estudo de forma mais profunda, nomeadamente a relação das variáveis em estudo com outras variáveis sociodemográficas (por exemplo, a área de estudos); (6) Seria também importante verificar se estes resultados se replicam numa amostra de adultos emergentes não estudantes.

O estudo atual mostra-se relevante para a prática, uma vez que traz atenção para o grupo de estudante universitários numa fase de difícil adaptação nas suas vidas, somando-se às características inerentes da fase desenvolvimental em que se encontram, a idade adulta emergente. Através dos resultados obtidos, é possível verificar que são comuns os problemas de internalização nesta amostra, sugerindo que a saúde mental é afetada nesta população e o bem-estar destes jovens é posto em causa. Com esta informação em mente, mostra-se crucial o desenvolvimento de estratégias que facilitem a adaptação destes jovens ao meio universitário, ajuda esta que pode vir das instituições que os acolhem. Como exemplos, a criação de grupos de apoio ou a organização de atividades que fomentem a criação de laços relacionais e das redes de suporte, visto que são uma das maiores dificuldades sentidas pelos estudantes aquando desta mudança; uma diferente atenção à estruturação curricular, tendo em conta que a carga curricular também é um dos grandes obstáculos que os novos estudantes enfrentam; promoção de estratégias de regulação emocional, uma vez que representam um dos mediadores mais importantes da influência da vinculação ou da consciência interoceptiva nos problemas de internalização; integração dos conhecimentos sobre representações de vinculação e consciência interoceptiva em programas dirigidos por profissionais para uma maior sensibilização e psicoeducação relativa a estes domínios, de modo a estimular a saúde mental; a promoção de práticas de estudo saudáveis, assim como a organização do mesmo; disponibilização de informações relevantes a estudantes deslocados, nomeadamente no que diz respeito a habitação, transportes, e outras características da vida numa nova cidade; entre outras. Principalmente, destaca-se a possibilidade de a instituição disponibilizar serviços de acompanhamento psicológico aos estudantes, de forma acessível e funcional.

Para além das implicações associadas à responsabilidade da instituição académica que recebe estes jovens, destacam-se também implicações para a prática clínica da Psicologia. Estes estudantes não se encontram circunscritos ao ambiente académico, podendo também procurar

ajuda por meios externos de acompanhamento clínico, como assim o comprova o (relativamente) alto número de estudantes neste estudo que têm acompanhamento psicológico (22,8%). Para um acompanhamento informado, é importante reconhecer tanto as dificuldades de adaptação de um estudante universitário a este meio, como as características da idade adulta emergente, que tem ramificações importantes para a vida futura destes indivíduos. Aqui, mais uma vez, salienta-se a inclusão de estratégias de regulação emocional na psicoterapia.

Ainda, as variáveis de representações de vinculação e de consciência interoceptiva mostraram-se importantes para a sua integração no acompanhamento psicológico destes jovens. A consciência das representações de vinculação de um jovem pode ser importante para o seu processo terapêutico, que através da ajuda de um profissional de Psicologia pode levar a uma reestruturação dos seus modelos operativos desadaptativos. É ainda importante para o conhecimento das estratégias de hiperativação e desativação associadas aos estilos de vinculação, que podem ser desadaptativas ao funcionamento do indivíduo. O treino da consciência interoceptiva, que quando adaptativa, pode ser uma ferramenta importante para conectar sensações corporais com o estado emocional, promovendo a regulação bidirecional destas dimensões do indivíduo, desta forma reduzindo o mal-estar psicológico. Esta capacidade pode ser estimulada através de terapias cognitivo-comportamentais, *mindfulness*, terapia com base na somatização, psicomotricidade, entre outros.

Este estudo contribuiu ainda para a investigação para a caracterização desta amostra de estudantes universitários em termos dos seus problemas de internalização, representações de vinculação e consciência interoceptiva. Contribuiu assim para construir um panorama atual da relação entre as variáveis em estudo no tempo, espaço e cultura em que se insere esta investigação. Desta forma, este estudo fortalece também o conhecimento científico sobre as áreas abordadas e ressalta a importância de se continuar a construir conhecimento relativo aos tópicos abordados.

Conclusão

Em síntese, este estudo propôs como objetivo explorar a relação entre os problemas de internalização, especificamente ansiedade e depressão, a consciência interoceptiva e as representações de vinculação nos estudantes universitários portugueses, através da análise de medidas quantitativas de autorrelato.

Este estudo foi importante para caracterizar a população de estudantes universitários, a maioria na sua fase desenvolvimental de adultos emergentes, que de acordo com os resultados obtidos e a literatura analisada, mostram relações significativas com problemas de

internalização, neste caso ansiedade e depressão. Sendo esta uma fase crucial no desenvolvimento de um indivíduo e na formação da sua identidade, é relevante dar atenção à adaptação destes jovens no meio universitário e nas suas vidas pessoais. Através da integração do conhecimento das representações de vinculação e da consciência interoceptiva no acompanhamento psicológico destes jovens, é possível a criação de estratégias úteis à sua adaptação mais saudável.

Referências

- Afonso, A., Jr., Portugal, A. C., Landeira-Fernandez, J., Bullón, F. F., Dos Santos, E. J. R., De Vilhena, J., & Anunciação, L. (2020). Depression and Anxiety Symptoms in a Representative Sample of Undergraduate Students in Spain, Portugal, and Brazil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36412>
- Ahmad, F., Jhaji, A. K., Stewart, D. E., Burghardt, M., & Bierman, A. S. (2014). Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 14(398). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-398>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Wall, S., & Waters, E. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Psychology Press.
- Al-Garni, A. M., Shati, A. A., Almonawar, N. A., Alamri, G. M., Alasmre, L. A., Saad, T. N., Alshehri, F. M., Hammouda, E. A., & Ghazy, R. M. (2025). Prevalence of depression, anxiety, and stress among students enrolled at King Khalid University: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25, 354. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21277-7>
- Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., José, H., Silva, C., Lima, A., Arco, H., Nabais, J., Lopes, M., Pereira, A., Fragoeiro, I., & Pinho, L. G. (2024). Depression and Anxiety of Portuguese University Students: A Cross-Sectional Study about Prevalence and Associated Factors. *Depression and Anxiety*, 2024(1), 1–14. <https://doi.org/10.1155/2024/5528350>
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª edição, texto revisto). American Psychiatric Association.
- Armstrong, K. A., & Khawaja, N. G. (2002). Gender Differences in Anxiety: An Investigation of the Symptoms, Cognitions, and Sensitivity towards Anxiety in a Nonclinical Population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(2), 227–231. <https://doi.org/10.1017/s1352465802002114>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2024). A Longer Road to Adulthood. In *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties* (3ª Ed.). Oxford University Press.
- Barros, C., & Sacau-Fontenla, A. (2021). New Insights on the Mediating Role of Emotional Intelligence and Social Support on University Students' Mental Health during COVID-19 Pandemic: Gender Matters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12935. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412935>

- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of Intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 667–672. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2011). *Depressão: Causas e Tratamento* (2nd ed.). Artmed Editora.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation: Anxiety and Anger* (Vol. 2). Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *The British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201–210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). The Guilford Press.
- Brewer, R., Murphy, J., & Bird, G. (2021). Atypical interoception as a common risk factor for psychopathology: A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews/Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 130, 470–508. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.036>
- Calling, S., Midlöv, P., Johansson, S., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2017). Longitudinal trends in self-reported anxiety. Effects of age and birth cohort during 25 years. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1277-3>
- Carapeto, M. J., & Veiga, G. (2023). Emotional awareness mediates the relationship between attachment and anxiety symptoms in adolescents. *Mental Health & Prevention*, 30, 200269. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200269>
- Carapeto, M. J., Domingos, R., & Veiga, G. (2022). Attachment and depressive symptoms in adolescence: The mediatory role of emotion awareness. *Behavioral Sciences*, 12(10), 405. <https://doi.org/10.3390/bs12100405>
- Cheung, K., Tam, K. Y., Tsang, H., Zhang, L. W., & Lit, S. W. (2020). Depression, anxiety and stress in different subgroups of first-year university students from 4-year cohort data. *Journal of Affective Disorders*, 274, 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.041>

- Chickering, A. W., & Reisser, L. (1993). *Education and identity* (Second edition). Jossey-Bass.
- Chopik, W. J., Edelstein, R. S., & Fraley, R. C. (2013). From the cradle to the grave: Age differences in attachment from early adulthood to old age. *Journal of Personality*, 81(2), 171–183. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00793.x>
- Chopik, W. J., Moors, A. C., & Edelstein, R. S. (2014). Maternal nurturance predicts decreases in attachment avoidance in emerging adulthood. *Journal of Research in Personality*, 53, 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.08.004>
- Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Henderson, A. S., & Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine*, 29(2), 325–339. <https://doi.org/10.1017/s0033291798008150>
- Ciocca, G., Zauri, S., Limoncin, E., Mollaioli, D., D’Antuono, L., Carosa, E., Nimbi, F. M., Simonelli, C., Balercia, G., Reisman, Y., & Jannini, E. A. (2020). Attachment Style, Sexual Orientation, and Biological Sex in their Relationships With Gender Role. *Sexual Medicine*, 8(1), 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.09.001>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and Practice*. The Guilford Press.
- Clemente, R., Murphy, A., & Murphy, J. (2024). The Relationship Between Self-Reported Interoception and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 167, 105923. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105923>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática* (2ª Ed.). Almedina.
- Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 236, 274–290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.091>
- Dagan, O., Groh, A., Madigan, S., & Bernard, K. (2021). A lifespan development Theory of insecure attachment and internalizing symptoms: integrating Meta-Analytic evidence via a testable evolutionary Mis/Match hypothesis. *Brain Sciences*, 11(9), 1226. <https://doi.org/10.3390/brainsci11091226>
- De Lise, F., Luyckx, K., & Crocetti, E. (2024). Identity Matters for Well-Being: The Longitudinal Associations Between Identity Processes and Well-Being in Adolescents with Different Cultural Backgrounds. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(4), 910–926. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01901-8>

- De Paula, W., Breguez, G. S., Machado, E. L., & Meireles, A. L. (2020). Prevalence of anxiety, depression, and suicidal ideation symptoms among university students: a systematic review. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8739–8756. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-119>
- Del Giudice, M. (2011). Sex Differences in Romantic Attachment: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(2), 193–214. <https://doi.org/10.1177/0146167210392789>
- Del Giudice, M. (2019). Sex differences in attachment styles. *Current Opinion in Psychology*, 25, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.004>
- Durán, P. S., Morales, J., & Huepe, D. (2024). Interoceptive awareness in a clinical setting: the need to bring interoceptive perspectives into clinical evaluation. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1244701>
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 137(1), 19–46. <https://doi.org/10.1037/a0021367>
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534–542. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>
- Emran, A., Iqbal, N., & Dar, K. A. (2022). Attachment orientation and depression: A moderated mediation model of self-silencing and gender differences. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(1), 173–181. <https://doi.org/10.1177/00207640221074919>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Norton.
- Fang, F., & Wang, J. (2024). The relationship between attachment and depression among college students: the mediating role of perfectionism. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1352094>
- Farhane-Medina, N. Z., Luque, B., Tabernero, C., & Castillo-Mayén, R. (2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress*, 105(4). <https://doi.org/10.1177/00368504221135469>
- Fraley, R. C. (2002). Attachment Stability from Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123–151. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0602_03
- Freitas, V. L. D. P., Firmino, R. D., Teixeira, I. A., De Oliveira, J. W. R., Alves, E. B. T., Barreto, M. G., Junior, Ferreira, L. F., & Santos, G. D. S. (2024). Saúde mental em foco:

- prevalência de depressão e ansiedade entre estudantes de medicina e suas implicações na qualidade de vida. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(9), e75037. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-214>
- Ginzburg, K., Tsur, N., Barak-Nahum, A., & Defrin, R. (2013). Body awareness: differentiating between sensitivity to and monitoring of bodily signals. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(3), 564–575. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9514-9>
- Girgus, J. S., & Yang, K. (2015). Gender and depression. *Current Opinion in Psychology*, 4, 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.019>
- Gomez-Baya, D., Manrique-Millones, D., Garcia, A. J., & Lopez-Bermudez, E. (2025). Differential effects by caring and positive empathy on depression and anxiety: gender differences in a sample of Spanish university students. *Psychiatry International*, 6, 17. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6010017>
- Grabauskaitė, A., Baranauskas, M., & Griškova-Bulanova, I. (2017). Interoception and gender: What aspects should we pay attention to? *Consciousness and Cognition*, 48, 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.11.002>
- Henderson, A. S., Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P., Christensen, H., & Rodgers, B. (1998). Symptoms of depression and anxiety during adult life: evidence for a decline in prevalence with age. *Psychological Medicine*, 28(6), 1321–1328. <https://doi.org/10.1017/s0033291798007570>
- Hohls, J. K., König, H., Quirke, E., & Hajek, A. (2021). Anxiety, Depression and Quality of Life - A Systematic Review of Evidence from Longitudinal Observational Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 12022. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212022>
- Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 73–85. <https://doi.org/10.1017/s2045796011000552>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391–400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Ishida, M., Montagni, I., Matsuzaki, K., Shimamoto, T., Cariou, T., Kawamura, T., Tzourio, C., & Iwami, T. (2020). The association between depressive symptoms and self-rated health among university students: a cross-sectional study in France and Japan. *BMC Psychiatry*, 20, 549. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02948-8>

- Kenny, M. E. (1987). The extent and function of parental attachment among first-year college students. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 17–29.
<https://doi.org/10.1007/bf02141544>
- Khalsa, S. S., Rudrauf, D., & Tranel, D. (2009). Interoceptive awareness declines with age. *Psychophysiology*, 46(6), 1130–1136. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2009.00859.x>
- Lee, S. J., Lee, M., Kim, H. B., & Huh, H. J. (2024). The relationship between interoceptive awareness, emotion regulation and clinical symptoms severity of depression, anxiety and somatization. *Psychiatry Investigation*, 21(3), 255–264.
<https://doi.org/10.30773/pi.2023.0221>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- MacCormack, J. K., Henry, T. R., Davis, B. M., Oosterwijk, S., & Lindquist, K. A. (2021). Aging bodies, aging emotions: Interoceptive differences in emotion representations and self-reports across adulthood. *Emotion*, 21(2), 227–246.
<https://doi.org/10.1037/emo0000699>
- Machado, T. S. (2007). Padrões de vinculação aos pais em adolescentes e jovens adultos e adaptação à Universidade. *Revista Portuguesa De Pedagogia*, 41(2), 5–28.
https://doi.org/10.14195/1647-8614_41-2_1
- Machorrinho, J., Veiga, G., Fernandes, J., Mehling, W., & Marmeleira, J. (2018). Multidimensional assessment of interoceptive awareness: Psychometric properties of the Portuguese version. *Perceptual and Motor Skills*, 126(1), 87–105.
<https://doi.org/10.1177/0031512518813231>
- Maeng, L. Y., & Milad, M. R. (2015). Sex differences in anxiety disorders: Interactions between fear, stress, and gonadal hormones. *Hormones and Behavior*, 76, 106–117.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.04.002>
- Maier, M. A., Bernier, A., Pekrun, R., Zimmermann, P., Strasser, K., & Grossmann, K. E. (2005). Attachment state of mind and perceptual processing of emotional stimuli. *Attachment & Human Development*, 7(1), 67–81.
<https://doi.org/10.1080/14616730500039606>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M.

- Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66–104. <https://doi.org/10.2307/3333827>
- Meeus, W. (2011). The Study of Adolescent Identity Formation 2000–2010: A review of Longitudinal research. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 75–94. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00716.x>
- Mehling, W. (2016). Differentiating attention styles and regulatory aspects of self-reported interoceptive sensibility. *Philosophical Transactions - Royal Society. Biological Sciences*, 371(1708), 20160013. <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0013>
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PloS One*, 7(11), e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Melo, O. S., & Mota, C. P. (2014). Protótipos de vinculação amorosa: Bem-estar psicológico e psicopatologia em jovens de famílias intactas e divorciadas. *Análise Psicológica*, 32(3), 307–322. <https://doi.org/10.14417/ap.718>
- Merrell, K. W. (2008). Understanding Internalizing Problems: Depression and Anxiety in Children and Adolescents. In *Helping Students Overcome Depression and Anxiety: A Practical Guide* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092–1106. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1092>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change* (2^a ed.). Guilford Publications.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
- Moreira, J. M., Lind, W., Santos, M. J., Moreira, A. R., Gomes, M. J., Justo, J., Oliveira, A. P., Filipe, L. A., & Faustino, M. (2006). “Experiências em Relações Próximas”, um questionário de avaliação das dimensões básicas dos estilos de vinculação nos adultos: Tradução e validação para a população Portuguesa. *Laboratório De Psicologia*, 4(1). <https://doi.org/10.14417/lp.760>

- Murphy, J., Brewer, R., Catmur, C., & Bird, G. (2017). Interoception and psychopathology: A developmental neuroscience perspective. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 23, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.12.006>
- Ochnik, D., Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., Jakubiak, M., Schütz, A., Held, M. J., Arzenšek, A., Benatov, J., Berger, R., Korchagina, E. V., Pavlova, I., Blažková, I., Konečná, Z., Aslan, I., Çinar, O., Cuero-Acosta, Y. A., & Wierzbik-Strońska, M. (2021). A Comparison of Depression and Anxiety among University Students in Nine Countries during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13), 2882. <https://doi.org/10.3390/jcm10132882>
- Östberg, D., & Nordin, S. (2022). Three-year prediction of depression and anxiety with a single self-rated health item. *Journal of Mental Health*, 31(3), 402–409. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022610>
- Owens, G. P., Held, P., Hamrick, L., & Keller, E. (2018). The indirect effects of emotion regulation on the association between attachment style, depression, and meaning made among undergraduates who experienced stressful events. *Motivation and Emotion*, 42(3), 429–437. <https://doi.org/10.1007/s11031-018-9688-0>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª Ed.). Sílabo.
- Pfeifer, G., & Cawkwell, S. (2025). Interoceptive ageing and the impact on psychophysiological processes: A systematic review. *International Journal of Psychophysiology*, 207, 112483. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2024.112483>
- Picardi, A., Caroppo, E., Fabi, E., Proietti, S., Di Gennaro, G., Meldolesi, G. N., & Martinotti, G. (2013). Attachment and Parenting in Adult Patients with Anxiety Disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 157–163. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010157>
- Pinto, S., Veiga, G., & Carapeto, M. J. (2022). A Vivência do Corpo de Estudantes Universitários Portugueses durante a Pandemia. *Psicologia Saúde & Doenças*, 23(2), 583–590. <https://doi.org/10.15309/22psd230230>
- Potterton, R., Austin, A., Robinson, L., Webb, H., Allen, K. L., & Schmidt, U. (2022). Identity Development and Social-Emotional Disorders During Adolescence and Emerging

- Adulthood: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(1), 16–29. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01536-7>
- Rasmussen, P. D., Storebø, O. J., Løkkeholt, T., Voss, L. G., Shmueli-Goetz, Y., Bojesen, A. B., Simonsen, E., & Bilenberg, N. (2018). Attachment as a core feature of resilience: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychological Reports*, 122(4), 1259–1296. <https://doi.org/10.1177/0033294118785577>
- Saha, S., Lim, C. C. W., Cannon, D. L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., Huo, Y., & McGrath, J. (2021). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 38, 286–306. <https://doi.org/10.1002/da.23113>
- Sahão, F. T., & Kienen, N. (2021). Adaptação e Saúde Mental do Estudante Universitário: Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia Escolar E Educacional*, 25. <https://doi.org/10.1590/2175-35392021224238>
- Segal, D. L., Needham, T. N., & Coolidge, F. L. (2009). Age Differences in Attachment Orientations among Younger and Older Adults: Evidence from Two Self-Report Measures of Attachment. *The International Journal of Aging and Human Development*, 69(2), 119–132. <https://doi.org/10.2190/ag.69.2.c>
- Silva, M. G., & Costa, M. E. (2005). Vinculação aos pais e ansiedade em jovens adultos. *Psicologia*, 18(2), 9–32. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v18i2.428>
- Silva, V., Costa, P., Pereira, I., Faria, R., Salgueira, A. P., Costa, M. J., Sousa, N., Cerqueira, J. J., & Morgado, P. (2017). Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC Medical Education*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1006-0>
- Suzuki, N., Yamamoto, T., Uchiumi, C., & Sugaya, N. (2021). Effects of Interoceptive Sensibility on Mental Health during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4616. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094616>
- Turgut, M., Eryalçın, M., & Kutlu, G. (2023). Mental health literacy levels and general health perceptions of faculty of health sciences students. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(Supplement 1), 203–212. <https://doi.org/10.18863/pgy.1282559>
- Ulus, G., & Aisenberg-Shafran, D. (2022). Interoception in old age. *Brain Sciences*, 12(10), 1398. <https://doi.org/10.3390/brainsci12101398>

- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637–644. <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00014>
- Weber, R., Eggenberger, L., Stosch, C., & Walther, A. (2022). Gender Differences in Attachment Anxiety and Avoidance and Their Association with Psychotherapy Use - Examining Students from a German University. *Behavioral Sciences*, 12(7), 204. <https://doi.org/10.3390/bs12070204>
- World Health Organization [WHO]. (2019, novembro 26). *Adolescent health*. World Health Organization. Recuperado a 7 de outubro de 2025, de https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 244–250. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0156-x>
- Xavier, S., Martins, M. J., Pereira, A., Amaral, A. P., Soares, M. J., Roque, C., & Macedo, A. (2017). Contribution for the Portuguese validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Comparison between dimensional models in a sample of students. *European Psychiatry*, 41(S1), S416. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.365>
- Yu, Y., Yan, W., Yu, J., Xu, Y., Wang, D., & Wang, Y. (2022). Prevalence and associated factors of complains on depression, anxiety, and stress in university students: an extensive Population-Based survey in China. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.842378>
- Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(5), 1089–1137. <https://doi.org/10.1037/pspp0000437>
- Zhou, H., Liu, J., Wu, Y., Huang, Z., Wang, W., Ma, Y., Zhu, H., Zhou, Z., Wang, J., & Jiang, C. (2024). Unveiling the interoception impairment in various major depressive disorder stages. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 30(8), e14923. <https://doi.org/10.1111/cns.14923>