



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**A influência da autoestima no consumo de substâncias, ansiedade, stresse  
e depressão nos estudantes da licenciatura de enfermagem**

Ana Rita Cunha Rosado

Coimbra, fevereiro de 2020





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**A influência da autoestima no consumo de substâncias, ansiedade, stresse  
e depressão nos estudantes da licenciatura de enfermagem**

Ana Rita Cunha Rosado

Orientadora: Doutora Rosa Cristina Correia Lopes, Professora Adjunta, Escola  
Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Coimbra, fevereiro de 2020



“O simples ato de perguntar como te sentes,  
pode mudar o rumo de uma vida”

A. Jorm



Ao meu pai, mãe, irmão, avós e também ao Tiago, por todo o apoio,  
cumplicidade, incentivo e compreensão.



## **AGRADECIMENTOS**

Os meus agradecimentos:

À Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Rosa Cristina Lopes, pela sua disponibilidade, pelos momentos e conhecimentos partilhados, estímulo, interesse e oportunidade de crescimento.

A direção da Escola Superior de Enfermagem, pela autorização concedida para a aplicação do instrumento de recolha de dados.

Aos estudantes e a todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram, para que este trabalho se tornasse uma realidade.

A todos, o meu muito obrigado.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ASSIST** - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

**EADS-21** - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse, versão de 21 itens

**CAT** - Centro de Atendimento a Toxicodependentes

**EESMP** – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

**Et al.** – E outros

**Ex.** – Exemplo

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**P.** - Página

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

**RSES** – Rosenberg Self-Esteem Scale

**SPSS** - Statistical Package for Social Sciences

**WHO** – World Health Organization

**VIH** - Vírus da Imunodeficiência Adquirida



## **RESUMO**

As transições suscitam diferentes emoções que surgem muitas das vezes pelas dificuldades encontradas nos próprios processos de transição e das situações que as originam, podendo causar instabilidade, alterações na autoestima, mudanças no desempenho de papéis, ansiedade, depressão e insegurança, até que encontre um novo equilíbrio (Tavares, 2014).

Esta investigação propôs-se determinar a influência da autoestima no consumo de substâncias, ansiedade, depressão e stresse nos estudantes do ensino superior com o intuito de sensibilizar para a possível necessidade de intervenção no âmbito da saúde mental e psiquiatria e particularmente do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), assumindo este um papel essencial na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Este estudo, descritivo-correlacional e transversal, utiliza como instrumento de recolha de dados o ASSIST – Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test, EADS- 21 – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse versão de 21 itens e RSES – Rosenberg Self-esteem Scale (escalas devidamente validadas para a população portuguesa). Utiliza uma amostra constituída por 66 estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem.

Os resultados evidenciaram que: os estudantes com idades superiores apresentam uma autoestima mais alta; a autoestima correlaciona-se de modo muito significativo e inverso com o stresse, depressão e ansiedade; a autoestima correlaciona-se significativamente e inversamente com o risco de consumo de ansiolíticos/sedativos/hipnóticos; a autoestima apresenta uma correlação estatisticamente significativa com o risco de consumo de estimulantes do tipo anfetamina e de outras substâncias.

Estes resultados evidenciam que existe efetivamente campo de intervenção no âmbito da saúde mental e psiquiatria e especificamente para o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

**Palavras-chave:** autoestima; consumo de substâncias; ansiedade; stresse; depressão; enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.



## **ABSTRACT**

Transitions evoke different emotions that often arise from the difficulties found in the transition processes themselves and from the situations that originate them, which can cause instability, changes in self-esteem, changes in role performance, anxiety, depression and insecurity, until a new balance is found (Tavares, 2014). This investigation aimed to determine the influence of self-esteem on substance use, anxiety, depression and stress in university students in order to raise awareness of the possible need for intervention in the field of mental health and psychiatry and particularly the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry, assuming an essential role in health promotion and disease prevention.

This descriptive-correlational and cross-sectional study uses ASSIST – Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test, EADS-21 – Anxiety, Depression and Stress Scales 21-item version and RSES – Rosenberg Self-esteem Scale (scales properly validated as a data collection instrument for the Portuguese population). It uses a sample consisting of 66 students from the 1st year of the nursing degree.

The results showed that: older students have a higher self-esteem; self-esteem correlates in a very significant and inverse way with stress, depression and anxiety; self-esteem correlates significantly and inversely with the risk of consumption of anxiolytics/sedatives/hypnotics; self-esteem has a statistically significant correlation with the risk of consuming amphetamine-type stimulants and other substances.

These results show that there is an effective field of intervention in the scope of mental health and psychiatry and specifically for the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry.

**Keywords:** self-esteem; substance use; anxiety; stress; depression; specialist nurse in mental health and psychiatry.



**LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1 – Teoria de Médio Alcance.....5**



## **LISTA DE QUADROS**

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 1</b> – Scores obtidos através do ASSIST e caracterização dos níveis de risco (WHO, 2010)..... | 55 |
| <b>Quadro 2</b> – Coeficiente alfa de Cronbach (ASSIST, EADS-21 e RSES).....                             | 59 |
| <b>Quadro 3</b> – Coeficiente alfa de Cronbach (subescalas EADS-21).....                                 | 60 |
| <b>Quadro 4</b> – Correlação de spearman entre a RSES Score e a idade.....                               | 65 |
| <b>Quadro 5</b> – Teste de kruskal-wallis entre o RSES Score e variáveis sociodemográficas.....          | 65 |
| <b>Quadro 6</b> – Correlação de spearman entre o score da RSES Score e o score da EADS-21.....           | 66 |
| <b>Quadro 7</b> – Correlação de spearman entre o score da RSES e o score do ASSIST.....                  | 66 |



## **LISTA DE TABELAS**

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> – Distribuição da amostra segundo o género, idade e estado civil.....   | 61 |
| <b>Tabela 2</b> – Distribuição da amostra segundo a eleição ou não da instituição de ensino em 1ª opção, residência no período de aulas, rendimento familiar mensal, escolaridade do pai e mãe..... | 62 |
| <b>Tabela 3</b> – Score RSES.....   | 63 |
| <b>Tabela 4</b> – Score ASSIST.....   | 63 |
| <b>Tabela 5</b> – Scores Subescalas EADS-21 (depressão, stresse e ansiedade).....   | 64 |



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 1  |
| <b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>  |    |
| <b>1 – TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO AO ENSINO SUPERIOR</b> .....                        | 4  |
| 1.1 – TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....   | 4  |
| 1.2 – ADAPTAÇÃO AO ENSINO SUPERIOR.....  | 8  |
| <b>2 – AUTOESTIMA</b> .....  | 12 |
| <b>3 – CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS</b> .....  | 17 |
| 3.1 – CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR.....               | 30 |
| <b>4 – ANSIEDADE</b> .....   | 32 |
| 4.1 – MODELO COGNITIVO DE BECK PARA A ANSIEDADE.....                             | 33 |
| 4.2 – ANSIEDADE NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR.....                           | 34 |
| <b>5 – STRESSE</b> .....   | 36 |
| 5.1 – STRESSE NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR.....                             | 38 |
| <b>6 – DEPRESSÃO</b> .....   | 40 |
| 6.1 – DEPRESSÃO NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR.....                           | 42 |
| <b>7 – RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SÚDE MENTAL E PSQUIATRIA</b> ..... | 44 |
| 7.1 – NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO E PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA.....                     | 44 |
| 7.2 – NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA .....                           | 48 |
| <b>CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO</b>   |    |
| <b>2 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b> .....                                     | 52 |
| 2.1 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....   | 52 |
| 2.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO.....   | 52 |
| 2.3 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....   | 53 |
| 2.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....   | 53 |
| 2.5 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....                                      | 53 |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.6 – VARIÁVEL DEPENDENTE/VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....   | 57        |
| 2.7 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....   | 57        |
| 2.8 – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS.....   | 58        |
| 2.9 – PRINCÍPIOS ÉTICOS.....   | 58        |
| 2.10 – ESTUDO PSICOMÉTRICO DOS INSTRUMENTOS.....   | 59        |
| <b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>  |           |
| <b>3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....</b>  | <b>63</b> |
| 3.1 – AUTOESTIMA.....  | 63        |
| 3.2 – CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS .....   | 63        |
| 3.3 – ANSIEDADE, STRESSE E DEPRESSÃO .....   | 63        |
| <b>4 – ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS.....</b>   | <b>64</b> |
| <b>CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO</b>   |           |
| <b>4 – DA METODOLOGIA.....</b>   | <b>67</b> |
| <b>5 – DOS RESULTADOS.....</b>   | <b>67</b> |
| <b>CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   |           |
| <b>CONCLUSÕES.....</b>   | <b>73</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>   | <b>76</b> |
| <b>ANEXOS</b>  |           |
| <b>ANEXO I – Requerimento RSES</b>   |           |
| <b>ANEXO II – Requerimento EADS-21</b>   |           |
| <b>ANEXO III – Pedido e Autorização da Presidente da Instituição</b>   |           |
| <b>ANEXO IV – Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética relativos a Estudos de Investigação</b> |           |
| <b>ANEXO V – Autorização da Comissão de Ética</b>  |           |

## INTRODUÇÃO

O ingresso no ensino superior representa uma fase de transição da adolescência para a idade adulta em que os jovens experienciam rápidas mudanças e diversos desafios como a independência da família, a formação de um novo ciclo de amigos, o medo da solidão, a necessidade de se adaptarem a um novo lar, a gestão de tempo e os problemas financeiros. Estas mudanças sociais, culturais e financeiras desencadeiam um impacto negativo na saúde mental dos jovens (Hiçdurmaz, Inci & Karahan, 2017).

As emoções que surgem muitas das vezes pelas dificuldades encontradas nos próprios processos de transição e das situações que as originam podem causar instabilidade, alterações na autoestima, mudanças no desempenho de papéis, ansiedade, depressão e insegurança até que se encontre um novo equilíbrio (Tavares, 2014).

A autoestima constitui um aspecto importante da personalidade do indivíduo, da conquista da identidade e da sua adaptação à sociedade. Resulta de um longo processo que é determinado por inúmeras experiências que surgem pelo contacto com diferentes contextos (a família, a escola e a sociedade) que fornecem continuamente informações ao indivíduo que são utilizadas na construção da sua autoimagem. Os comentários, os sucessos e insucessos, a educação parental, os valores e modelos sociais são alguns dos indícios que são transmitidos à pessoa e que contribuem de forma decisiva para a construção de uma imagem positiva ou negativa de si mesmo (Gomes, 2014).

Geralmente as pessoas com uma baixa autoestima experienciam emoções agressivas, negativas e tendências depressivas contrariamente às pessoas com uma autoestima elevada que frequentemente gerem melhor os seus níveis de stress e, conseqüentemente, irão sofrer menos efeitos negativos na sua saúde (Gomes, 2014).

Relativamente ao consumo de substâncias este tem suscitado interesse e preocupação na população académica, dado que, o ingresso no ensino superior pode possibilitar a experiência de sentimentos positivos mas por outro lado pode existir maior suscetibilidade para o consumo de substâncias psicoativas (Kim, Zane & Hong, 2002, como referido por Araújo, 2015).

Neste sentido, a transição para o ensino superior representa uma mudança significativa do ciclo vital, no entanto, pode constituir um fator de risco que impede a adoção e

manutenção de estilos de vida saudáveis (Matos, 2005, como referido por Araújo, 2015).

Os cuidados de enfermagem devem ter em consideração estes eventos de vulnerabilidade que poderão de forma direta ou indireta afetar a saúde, a saúde mental e o bem-estar da pessoa (Candeias, 2016). Estes devem-se perspetivar sob a Teoria das Transições em que, os processos de transição são entendidos como experiências humanas moldadas pelas diferentes condições pessoais e ambientais, expectativas e perceções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações assim como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994).

Neste contexto, ao compreender que a autoestima está relacionada com a saúde mental e o bem-estar psicológico, interferindo com o estilo de vida, apresenta-se como questão de investigação: “Qual a influência da autoestima no consumo de substâncias, ansiedade, stresse e depressão nos estudantes da licenciatura em enfermagem?”.

Apresentando este trabalho como objetivos:

- Compreender a influência da autoestima no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade, stresse e depressão nos estudantes da licenciatura de enfermagem;
- Sensibilizar para a importância do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria no processo de transição, na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental;
- Sensibilizar os estudantes da licenciatura de enfermagem para a possível necessidade de intervenção no âmbito da saúde mental e psiquiatria.

Tendo em vista a natureza desta investigação, este estudo é observacional, insere-se o paradigma quantitativo, com um desenho descritivo-correlacional, de corte transversal. Como método de recolha de dados recorre-se a um instrumento constituído pelas escalas (ASSIST – Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test, EADS-21 – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse versão de 21 itens e RSES – Rosenberg Self-esteem Scale) aplicadas numa amostra acidental, aos estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem.

Este estudo apresenta um grande interesse de carácter pessoal, académico e profissional, no sentido em que, se pretende consolidar conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria e pretende também que estes resultados possam sensibilizar para a eventual necessidade de intervenção perante os estudantes de enfermagem nesta fase de transição para o ensino superior.

Considera-se que o problema de investigação pode ser um grande auxílio futuramente, até porque foram utilizadas na realização do mesmo diversas fontes que já se focaram no mesmo tema que tem um grande interesse a todos os níveis, psicológico, físico, social e até económico.

O trabalho está estruturalmente composto por quatro capítulos. O primeiro capítulo é dedicado à fundamentação teórica acerca do tema de investigação, em que se apresenta o conceito de transição, a teoria de médio alcance de Meleis e se aborda a adaptação do estudante ao ensino superior, nomeadamente os desafios que esta acarreta. Seguidamente são ainda apresentados os conceitos de autoestima, depressão, stresse e ansiedade enquadrando na população em estudo (os estudantes do ensino superior), assim como o consumo de substâncias descrevendo e enquadrando epidemiologicamente cada uma das substâncias (álcool, tabaco, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, alucinogénios, opioides (heroína) e inalantes). Por último, é abordada a relevância do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP) no processo de transição e promoção da autoestima assim como na promoção e educação para a saúde.

O segundo capítulo abrange a conceptualização da investigação em que é apresentada a problemática e metodologia utilizadas.

O terceiro capítulo é direccionado para a análise dos resultados considerando as hipóteses definidas para este estudo.

No quarto capítulo procede-se à discussão dos resultados e da metodologia. As conclusões e sugestões obtidas através desta investigação encontram-se no capítulo V.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1 – TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO AO ENSINO SUPERIOR**

A adaptação ao ensino superior pode ser compreendida como um processo de carácter multidimensional, que prevê por parte do estudante a presença de um desenvolvimento de competências adaptativas à situação e às suas próprias transformações. Estas competências podem ou não ser desenvolvidas no decorrer das vivências académicas do estudante, interferindo no seu rendimento académico (Afonso, 2012).

#### **1.1 – TEORIA DAS TRANSIÇÕES**

A palavra transição deriva do latim “*transitióne*” sendo esta definida, segundo Chick e Meleis (1986, p. 239) como “*uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro*” referindo-se quer ao processo como ao próprio objetivo da interação cliente-ambiente.

Ao longo da vida, a pessoa experiencia fases de transformação que são assinaladas por alterações de um estado para outro, determinando-se esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade (Meleis, 2013). A transição é, por isso, um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade o que, nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação da mudança ou rutura (Murphy, 1990). A transição está intrinsecamente ligada com o tempo e o movimento e implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que o cliente, ou clientes, consoante o contexto e a situação, têm de incorporar novos conhecimentos (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 2010).

A vida e a forma como cada um lida com os momentos de passagem inerentes à sua existência, não podem ser entendidos somente numa perspetiva individual, dado que, além da influência exercida pela própria família na qual se insere, a capacidade de adaptação é ainda influenciada pelos recursos pessoais e externos, experiências anteriores e significado atribuído aos acontecimentos (Meleis & Trangenstein, 2010).

A partir destas conceções e através da exploração da estrutura da transição, Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010) desenvolveram a Teoria de Médio

Alcance (Meleis, 2012) constituindo a transição, o “foco” do seu quadro conceptual. O esquema da teoria enunciada está representado na figura 1:

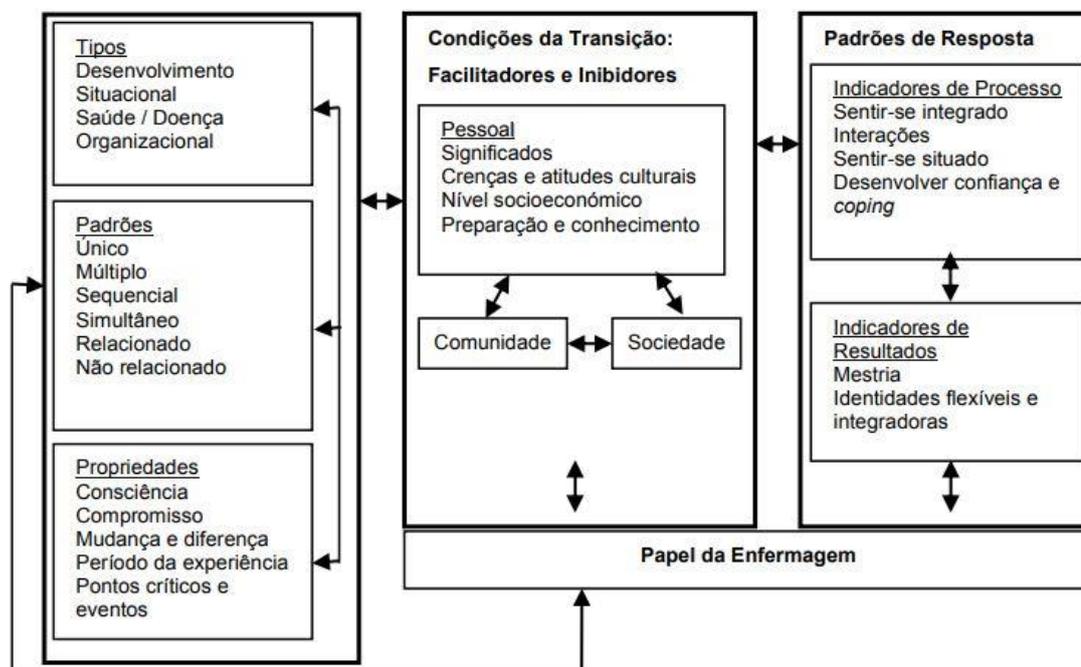


Figura 1 - Teoria de Médio Alcance;

Fonte: Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 56); Im (2010, p. 419).

A Teoria de Médio Alcance de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010) e Im (2010), considera que as transições são complexas e multidisciplinares, assinaladas pelo fluxo e o movimento ao longo do tempo, refletindo alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, e abrangem um processo de movimento e mudança essencial nos estilos de vida que se expressa em todos os indivíduos. Os mesmos autores admitem a existência de três constructos principais: a natureza da transição; as condições de transição e os padrões de resposta; e a existência de quatro tipos de transições particulares: de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais.

As **transições de desenvolvimento** são as que sucedem no decorrer do ciclo vital dos indivíduos (ex.: como a adolescência, quando se forma a identidade sexual); as **situacionais** relacionam-se com a mudança de papéis em diferentes situações onde o indivíduo está envolvido (ex.: adição ou perda de um membro da família); as de **saúde-doença** abrangem as alterações súbitas de papel que advêm da alteração de uma condição de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, pelo contrário, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar que, no entanto, engloba a

cronicidade; as **organizacionais** acontecem no contexto ambiental dos indivíduos e são desencadeadas pelas modificações que sucedem ao nível do contexto social, político e económico (ex.: mudanças na comunidade) (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010; Meleis, 2013).

Relativamente às experiências de transição em geral, Chick & Meleis (1986) consideram que, apesar de se reconhecer diferentes tipos de transições, é notória a existência de aspetos comuns, os quais se designam por propriedades das transições, tais como: conhecimento/consciência; ajustamento/compromisso; mudança e diferença; situações e acontecimentos críticos; e período de experiência (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010, p. 57).

O **conhecimento/consciência** relaciona-se com a consciencialização do indivíduo sobre a circunstância que vivencia. Sendo esperado que possua ou venha a adquirir conhecimento sobre as alterações que ocorrem e que está a vivenciar. Quando estas mesmas mudanças não ocorrem, é colocado em causa o início do processo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Im, 2010).

O **ajustamento/compromisso** caracteriza-se pelo envolvimento dos indivíduos nos processos intrínsecos à transição, sendo o grau de envolvimento influenciado pelo conhecimento que possui sobre o seu processo de transição. As duas propriedades anteriores estão relacionadas, dado que o ajustamento não existe se o conhecimento não estiver presente (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

A **mudança e diferença** refere-se à diferenciação entre as conceções de transição e mudança, dado que uma transição abrange uma mudança, enquanto o inverso não se confirma. No entanto, deve-se compreender que a propriedade de mudança é inerente à transição, neste sentido, é importante compreender o significado que o indivíduo lhe proporciona e que podem ser adquiridos através do esclarecimento de algumas das suas dimensões, tais como a natureza, a temporalidade, a perceção da importância ou severidade, as expectativas pessoais, familiares e sociais (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Im, 2010).

As **situações e acontecimentos críticos** devem-se às mudanças vivenciadas serem proporcionadas por situações e acontecimentos críticos, dado que a maioria das transições se relacionam com acontecimentos marcantes, estando estes, na sua maioria, associados a uma consciencialização das mudanças e diferenças ou, por outro lado, a um maior grau de ajustamento para enfrentar a experiência de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

**O período de experiência** é determinado por movimentações e fluxos ao longo do tempo que devem ser seguidos pelos enfermeiros, no sentido de, se obterem ganhos para a saúde (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Os mesmos autores referem ainda que existem fatores que poderão influenciar o decurso de uma dada experiência. São definidos como condições facilitadoras e/ou inibidoras e podem ser de três tipos: pessoais, comunitárias e sociais.

As condições **pessoais** referem-se aos significados, relacionados com os acontecimentos que levam à origem de uma transição, ou, por outro lado, ao sentido concedido ao processo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010). Estes acontecimentos podem ser provenientes das escolhas do indivíduo ou surgir de forma inesperada e consoante o grau de intencionalidade da escolha, e que os significados das transições poderão ser estimados como positivos, negativos ou neutros (Schumacher & Meleis, 2010).

As crenças e atitudes culturais podem exercer a sua influência sobre a experiência de transição, como por exemplo, o estigma (perante a expressão de sintomas psicológicos não percebidos pelo contexto cultural da pessoa) ou o baixo nível socioeconómico (pois estimula a manifestação, e a experiência de sintomas psicológicos) (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Além destas, as expectativas expressas, referidas por Schumacher & Meleis (2010) como um fator influenciador do processo de transição, são compreendidas como parte integrante da condicionante - preparação e conhecimento - e relacionam-se com o conhecimento do que é esperado, operando como um fator facilitador, dado que conseguem aliviar o stresse associado à transição.

As condições **comunitárias** abrangem os recursos que uma comunidade fornece para auxiliar (suporte de amigos, pares e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde, os conselhos de fontes fidedignas) ou inibir (carência de recursos, a escassez de planeamento e a inadequação das sessões de educação para a saúde, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte dos outros) o decorrer das transições (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010).

As condições **sociais** incluem a marginalização, o estigma e os papéis socialmente definidos, que se compõem como os principais condicionantes inibidores no contexto social (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010). O conhecimento do ambiente

social no qual o indivíduo se insere é, por isso, absolutamente importante para os enfermeiros, pois permite-lhes desenvolver intervenções terapêuticas adequadas ao grupo e à comunidade (Schumacher & Meleis, 2010).

## 1.2 – ADAPTAÇÃO AO ENSINO SUPERIOR

O ingresso no ensino superior é um acontecimento marcante na vida de qualquer estudante em que sucedem mudanças e desafios que irão potenciar o seu desenvolvimento e simultaneamente poderá suscitar obstáculos e crises e/ou gerar stress e ansiedade (Cooke, Bewick, Bahrkham, Bradley, & Audin, 2006; Costa & Leal, 2004).

A primeira mudança que caracteriza o ingresso no ensino superior é para muitos a saída de casa/do seu conselho de residência pela primeira vez, para habitar uma residência de estudantes, um apartamento ou um quarto alugado noutra cidade (Teixeira, Dias, Wottrich, & Oliveira, 2008). *Homesickness*, ou saudades de casa, é o termo utilizado para definir o estado cognitivo-motivacional e emocional experienciado após a saída de casa, sendo caracterizado por emoções negativas, rumações sobre casa e sintomas somáticos (Van Tilburg, 2006).

A saída de casa/do seu conselho de residência pela primeira vez compromete novas responsabilidades em tarefas diárias promovendo o desenvolvimento da autonomia (Teixeira, Dias, Wottrich, & Oliveira, 2008).

A autonomia com que os estudantes entram no ensino superior tem um impacto considerável na forma como encaram as tensões e desafios. As dimensões da autonomia que aparentam ter um papel mais significativo são as que se relacionam com a capacidade do estudante organizar e usufruir o tempo de forma adequada assim como orientar as relações com os colegas (Soares, Guisande & Almeida, 2007).

Os amigos são relevantes fontes de suporte social e o estudante tem que aprender a lidar com esta separação. O termo *friendsickness* foi concebido para relatar as mudanças relacionais nos estudantes universitários, induzidas pelo afastamento de uma rede social de amigos anteriormente instituída e que se relacionam com a preocupação e o medo de perda ou alterações nas amizades (Soares, Guisande, & Almeida, 2007).

O estudo de Paul e Brier (2001) evidenciou que aproximadamente metade dos estudantes sofria níveis moderados ou severos de *friendsickness* e que se sentiam mais sozinhos, aparentavam menor autoestima e inferior adaptação ao ensino superior. Além disto, dados nacionais confirmam que os que saem de casa podem sentir um menor

suporte social, psicológico e material proveniente dos que lhes são próximos, o que pode suscitar complicações no seu bem-estar e processo de adaptação (Seco, Pereira, Dias, Pereira, Casimiro, & Custódio, 2007).

As relações interpessoais aparentam ser muito priorizadas pelos estudantes do primeiro ano verificando-se que estes investem nos relacionamentos particularmente no primeiro semestre (Diniz & Almeida, 2006).

As interações com outros estudantes permite uma melhor adaptação, ajudando a que se possam familiarizar com a cultura académica e simultaneamente se vão identificando com o papel de estudante (Ferreira, 2003). Constituindo a integração social, um contributo que tem sido apontado como fundamental para a integração dos estudantes (Teixeira, Castro, & Piccolo, 2007).

A família é também uma relevante fonte de suporte social e irá afetar como se irá desenvolver a integração do indivíduo no ensino superior, assim como, o seu desenvolvimento psicossocial, podendo agir como promotora de ajustamento se os padrões de relacionamento se determinarem por laços afetivos, coesão e expressividade, suporte parental e simplificação do processo de separação, ou pelo contrário, como dificuldade quando é subjugada pelo conflito, ausência de apoio e vinculação disfuncional (Silva & Ferreira, 2009).

As dificuldades económicas constituem também uma preocupação crescente dado que obrigam a uma racionalização e contenção dos gastos. O estudo de Roberts, Golding, Towell e Weinreb (1999) evidenciou uma correlação significativa entre os problemas financeiros e a saúde mental dos estudantes, potenciando o impacto dos fatores causadores de ansiedade (Ribeiro, 2013).

Um aspeto com o qual todos os estudantes se têm que deparar é às exigências e mudanças a nível académico, pelo que, se encontram novos ritmos e formas de ensino, novos métodos de aprendizagem, formas de avaliação distintas e professores com outro tipo de posturas. Estas condições exigem uma descoberta de meios eficazes de aprendizagem, de gestão do tempo e a definição de objetivos (Almeida, 2007).

Resumindo, o ensino superior suscita diferentes desafios aos estudantes, podendo estes ser **pessoais** (ex. autonomia, ansiedade, autoconceito, estratégias de coping), **interpessoais** (ex. afastamento da família, colegas, amigos) e mesmo a nível **institucional** (ex. espaço físico, organização, relacionamento com os professores).

A adaptação académica impõe que existam capacidades de resposta a todas as dificuldades mencionadas, o que frequentemente causa níveis elevados de ansiedade (Silva, Marques, Lico, & Barroso, 2010). Existem quatro áreas que devem ser ponderadas individualmente e no seu todo (Baker e Siryk, 1989):

1) **Adaptação académica**, que abrange o desempenho e a motivação, a identificação de objetivos, a satisfação com o ambiente académico;

2) **Adaptação social**, que inclui as relações interpessoais, as redes de suporte social e o agrado com a socialização;

3) **Adaptação pessoal e emocional**, que se refere ao bem-estar psicológico e físico;

4) **Vinculação institucional**, que compreende a maneira como o estudante se sente relativamente à instituição e o quanto ligado se encontra com ela.

Quanto mais a transição do ensino secundário para o ensino superior suscitar alterações na vida do estudante, maiores adaptações serão exigidas a este, no entanto, isto não faz dela uma transição negativa ou positiva (Pinheiro & Ferreira, 2002). A perceção que o estudante gera da situação e do stresse que esta lhe suscita irá influenciar a sua adaptação (Kerr, Johnson, Gans, & Krumrine, 2004).

No sentido de fazer face às exigências do ensino superior, os estudantes possuem recursos de natureza diversa, entre os quais se destacam (Clare, 1995):

1) Fatores individuais a nível cognitivo-emocional, social, autoestima e estratégias de coping;

2) O grupo dos pares, pelo envolvimento em atividades extracurriculares, em que desenvolve aptidões sociais e obtém suportes sociais indispensáveis ao seu bem-estar;

3) Os pais e restante família do estudante consistem também numa fonte importante de suporte, oferecendo afeto, encorajando e estabelecendo-se como um refúgio importante para quando as coisas correm menos bem; estes enfrentam com maior facilidade e menor ansiedade situações que possam constituir um desafio (Ribeiro, 2013).

4) O estabelecimento de uma relação amorosa privilegiada, a descoberta de um talento especial e um bom ambiente de trabalho constituem também fatores de suporte.

Os estudantes que apresentam uma melhor adaptação ao ensino superior são aqueles que usufruem dos recursos anteriormente referidos e que apresentam ainda estratégias de conforto, de resolução ativa dos stressores (Martins, 2001).

As estratégias a que os estudantes portugueses mais frequentemente recorrem para a adaptação à vida académica aparentam ser as estratégias de controlo, que envolvem o autocontrolo perante a situação e a coordenação de comportamentos, e as estratégias de suporte social, que incluem o desejo, necessidade ou pedido de ajuda em termos cognitivos, cooperativos ou afetivos (Costa & Leal, 2004).

Por outro lado, a escolha de estratégias eficazes para que seja possível lidar com as mudanças suscitadas pela transição aparentam não ser fáceis, pelo que a maioria dos estudantes percecionam dificuldades na adaptação transparecendo alterações nos hábitos e estilos de vida, podendo mesmo desencadear o desenvolvimento ou agravamento de psicopatologia (Leitão & Paixão, 1999).

A ansiedade e o stresse estão presentes nos estudantes do ensino superior, principalmente em cursos de saúde, especialmente em medicina (Eller, Aluoja, Vasar & Veldi, 2006). Os futuros prestadores de cuidados de saúde terão um elevado nível de responsabilidade relativamente a uma parte significativa da vida de pessoas, como também se espera que desenvolvam capacidades e competências como empatia, paciência, capacidade de comunicação, valores éticos e uma atualização permanente de conhecimentos e técnicas (Acharya, 2009).

Estudos a nível nacional e internacional (Gall, Evans & Bellerose, 2000; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2010; Soares, 2003) demonstram que são as mulheres que apresentam maiores dificuldades na adaptação, demonstrando problemas a nível pessoal e emocional.

Um processo de adaptação que seja bem-sucedido principalmente no decorrer do primeiro ano é um importante indicador do sucesso dos estudantes ao longo do curso académico e também do seu desenvolvimento e bem-estar (Lent, Taveira, Sheu, & Singley, 2009).

As instituições devem ter um papel ativo através do desenvolvimento de estratégias de apoio psicossocial na transição para o ensino superior, através da promoção da integração dos estudantes, com atenção acrescida perante os estudantes que vivenciam mais mudanças, como é o caso dos deslocados (Taveira, Maia, Santos, Castro, Couto, Amorim, Rosário, Araújo, Soares & Guimarães, 2000).

Têm-se vindo a compreender a fragilidade da saúde dos jovens adultos no ensino superior (Santos, 2011), pelo que, a faixa etária destes estudantes coincide não só com a idade média de início de determinadas doenças mentais (Monteiro, 2008), mas também com o maior envolvimento em fatores e comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool, isto possivelmente pelo aumento da autonomia e liberdade assim como uma certa cultura associada à vida académica (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso & Ferreira, 2008; Santos, 2011).

## 2 – AUTOESTIMA

William James (1890), psicólogo americano, defendia que a autoestima englobava todos os atributos da pessoa (o próprio corpo, aptidões, bens materiais, família, etc.) e se algum destes atributos fosse diminuído, a pessoa conseqüentemente sentir-se-ia diminuída. Pode ser refletida como uma razão entre o sucesso e as aspirações pessoais, pelo que esta é maior se existir um aumento dos sucessos ou uma diminuição das pretensões que aspiramos (Guerreiro, 2011).

A autoestima define-se como uma avaliação que o indivíduo concretiza e mantém sobre si próprio. Refere-se a um julgamento de valor que uma pessoa possui sobre os seus méritos expressando o nível de aprovação ou desaprovação que considera sobre si próprio (Rosenberg, 1965). Por outras palavras, define-se como uma imagem que é gerada pelo indivíduo e é composta pelo seu sentimento de valor próprio (Anaut, 2005).

A autoestima pode assumir três formas distintas (Brown & Marshall, 2006):

- **Autoestima global:** abrange a personalidade que retrata a forma como a pessoa se sente, ou seja, é uma ideia que o próprio assume sobre o seu valor, podendo ser persistente ao longo do tempo e explicativa do grau em que se sente pessoal e socialmente ajustado;
- **Autoestima como sentimento:** reporta para as reações autoavaliativas emocionais, podendo ser evidenciado um lado positivo (revela estar satisfeito consigo próprio) e também um lado mais negativo (representando sentimentos de humilhação e vergonha);
- **Autoestima como avaliação:** refere-se à forma como a pessoa avalia as suas competências e qualidades, ou seja, a pessoa pode apresentar uma autoestima elevada numa área da sua vida mas mais baixa em outra área.

A evolução desta abrange quatro princípios: a avaliação que os outros fazem a nosso respeito; comparações que sucedem nas interações sociais; a forma como o indivíduo

estima as suas ações; e a importância e valor concedido às diferentes dimensões do autoconceito (Rosenberg, 1965).

Esta é construída ao longo de todo o desenvolvimento humano (Brednar & Peterson, 1995). Apresenta uma conjugação com as experiências de infância que irão influenciar a formação do eu ideal, sendo estas resultado do relacionamento com a família, pares, sociedade que condicionam o eu ideal e conseqüentemente, a autoestima (Plummer, 2012).

É um conceito dinâmico que é dependente do comportamento da pessoa, pelo que, na maioria dos casos estas valorizam e preocupam-se com a forma como são vistas e são valorizadas pelos outros, pelo que, quando sentem aprovação no seu ambiente social, desenvolvem níveis elevados de autoestima, face aqueles que são provenientes de um ambiente social desfavorecido (Brednar & Peterson, 1995). Neste sentido, é produzida através das interações sociais, resultando da percepção que se tem enquanto indivíduo e através da forma como outros nos veem e reagem perante aquilo que somos (Gomes, 2014).

Nesta perspetiva a autoestima é considerada uma necessidade psicológica que cumpre a função de fazer corresponder a visão que os outros tem de nós ao que somos verdadeiramente, e ao facto de estarmos de acordo com os padrões culturais (Allport, 1937; Hamacheck, 1978).

A autoestima relaciona-se com a forma como as pessoas interpretam os *feedbacks* transmitidos pelos outros, em detrimento do conteúdo dos seus próprios *feedbacks*, sendo de notar a influência que o meio intrínseco exerce, uma vez que uma pessoa que acredite em si própria e seja detentora de uma autoestima adaptativa irá tolerar eficazmente os *feedbacks* externos (Guilhardi, 2002).

O conceito de autoestima é esclarecido como sendo um sentimento que resulta de diversas contingências de reforço positivo de origem social. Quando um sujeito através das conseqüências das suas ações percebe um reforço positivo, isto irá contribuir para o aumento da autoestima, no entanto, pelo contrário, cada vez que é reforçado negativamente face às suas ações, a sua autoestima estará mais suscetível a apresentar declínio (Guilhardi, 2002).

A recorrência a estes reforços positivos decorre em várias vantagens, por exemplo, o fortalecimento da utilização de comportamentos adequados, maior diversidade comportamental, capacidade de iniciativa e desenvolvimento e estimulação de

sentimentos positivos (bem-estar, a felicidade, satisfação, cooperando também para a elevação da autoestima) (Guilhardi, 2002). A autoestima revela-se na forma como as pessoas se aceitam a si próprias, evidenciando-se nas respostas que dão perante as diferentes situações da sua vida (Vincenzo & Aprile, 2013).

Apesar disto, as pessoas tendencialmente mantêm uma certa estabilidade na sua autoestima (Robins & Trzesniewski, 2005, como referido por Moura, 2019). Verificando-se que esta estabilidade é mais baixa no decorrer da infância, aumentando na adolescência e início da idade adulta e diminuindo novamente na meia-idade e velhice (Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003, como referido por Moura, 2019). Esta menor estabilidade pode corresponder a períodos da vida mais atribulados (alterações nas expectativas da sociedade; mudanças relacionadas com a maturação ou com o ambiente da pessoa, como por exemplo, a puberdade ou a velhice) (Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003, como referido por Moura, 2019).

A autoestima reflete ainda aspetos avaliativos do autoconceito, compreendendo um conjunto de pensamentos e sentimentos do sujeito, referentes a si próprio (Kernis, 2005). Ou seja, a autoestima é caracterizada por uma componente cognitiva mas também afetiva, em que o autoconceito se refere às crenças sobre o próprio, enquanto que, a autoestima refere-se à avaliação de si mesmo à luz dessas crenças (Leary et al., 1995, como referido por Moura, 2019)

Ainda que, a autoestima tenha como base as perceções sobre si próprio, nem todas essas perceções são importantes para a autoestima, dado que nem todas tem uma qualidade afetiva (Leary et al., 1995, como referido por Moura, 2019). Por exemplo, uma pessoa pode acreditar firmemente que é muita boa ou muito má a realizar tarefas domésticas mas não representar correspondentemente um aumento ou diminuição da autoestima, dado que, não existe um valor emotivo associado a essa tarefa (Leary & Baumeister, 2000, como referido por Moura, 2019).

Resumindo, a autoestima é uma atitude que a pessoa desenvolve sobre si, associando-se a competências, relações sociais e perspetivas futuras (Heatheron & Wyland, 2003). É essencial para a saúde, para a qualidade de vida e para a felicidade de um indivíduo, dado que influencia o comportamento de cada um (Banco & Pereira, 2001)

A autoestima existe simultaneamente com traços e características de personalidade, predisposições afetivas, motivações e formas de processamento cognitivo distintas o que indica que a sua influência no funcionamento de cada pessoa pode ser diferente (Kernis, 2003).

A procura pela autoestima desempenha um papel importante na motivação de comportamentos, especialmente, nas áreas mais importantes para a pessoa e para o seu senso de valor próprio (Crocker & Park, 2004; Wolfe & Crocker, 2003, como referido por Moura, 2019).

Por exemplo, o efeito que suscita receber notas negativas na diminuição da autoestima é moderado pela importância atribuída ao sucesso académico para a sua autovalorização (Crocker et al., 2003, como referido por Moura, 2019). Da mesma forma, pessoas que baseiam a autoestima na aprovação por outros acabam por sofrer uma diminuição da autoestima ao serem alvo de comentários negativos ao contrário daqueles cuja autoestima não é tão dependente da aprovação dos outros (Park & Crocker, 2008, como referido por Moura, 2019).

A autoestima alta ou baixa depende de como a pessoa se olha e de muitos fatores que a podem afetar de forma negativa ou positiva como o sexo, a idade, a aparência física e a situação financeira (Haq, 2016). Podendo nestes casos desencadear o evitamento de contextos sociais, suscitando o desenvolvimento de perturbações como a ansiedade social (Guerreiro, 2011). Existem ainda relações entre autoestima e sintomas de saúde, incluindo somatização, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, pensamentos paranoides e psiquismo foram determinados (Odag, 2001, como referido por Hiçdurmaz, Inci, & Karahan, 2017).

Os níveis baixos de autoestima baseiam-se em evitar situações difíceis, em detrimento de se entregar a estas. Por conseguinte, as autoavaliações da pessoa tornam-se negativas e colocam de parte as avaliações positivas que outras pessoas significativas possam fazer de si (Branco & Pereira, 2001). A baixa autoestima está associada a perceções humor negativo, baixo desempenho, incapacidade, delinquência, depressão e ansiedade social (Heatheron & Wyland, 2003).

Contrariamente, associa-se a elevada autoestima geralmente a saúde mental, habilidades, competências sociais e bem-estar (Hewitt, 2009). No entanto, o nível e a qualidade da autoestima, embora correlacionados, não são sinónimos (Gomes, 2014)

A autoestima elevada pode ser classificada como (Kernis, 2003):

- **Defensiva:** sentimentos positivos de auto valorização, apesar de que a pessoa interiormente experimente sentimentos negativos;
- **Genuína:** sentimento positivo de auto valorização;
- **Implícita:** sentimentos inconscientes de uma auto valorização positiva;

- **Contingente:** sentimentos positivos de auto valorização que são dependentes do alcance de resultados específicos, expectativas, etc.;

- **Verdadeira:** sentimentos positivos de auto valorização que não necessitam de uma validação continua ao longo do tempo;

- **Estável:** sentimentos de auto valorização imediatos, que variam pouco, ou podem mesmo não variar (Kernis, 2003).

No entanto, importa distinguir a autoestima elevada frágil e a autoestima elevada segura em que Kernis (2003) baseia-se: **nas ideias de autoestima defensiva e autoestima verdadeira**, dado que, algumas pessoas ambicionam ser aceites pelos outros que não admitem sentimentos desagradáveis em relação a si mesmos para não serem rejeitados; **nas ideias de autoestima implícita (não consciente) e explícita (consciente)** em que ao ocorrer um aumento da incongruência entre estas maior é a probabilidade de se desenvolverem comportamentos autoprotetores perante essa incongruência; **na contingência da autoestima**, em que quanto maior a contingência, menores os níveis de autoestima; **na estabilidade da autoestima**, em que flutuações nos sentimentos de valor próprio tendencialmente associam-se a uma vulnerabilidade superior a sintomas depressivos, menor motivação, baixo ajustamento e bem-estar (Ramos, 2017).

Importa alertar para o facto de que as intervenções desenvolvidas para a promoção da autoestima elevada poderão não estar a considerar se esta é instável ou contingente (Brinthaup & Lipka, 2002).

Ao contrário da autoestima elevada, Kernis (2003), refere que a autoestima ótima: inclui sentimentos favoráveis de valor próprio implícitos que são resultado de uma gestão adequada dos desafios de vida; não é contingente a resultados ou ganhos específicos; é relativamente estável a vários contextos e situações. Para além disso, os comportamentos das pessoas com autoestima ótima decorrem de acordo com o seu self verdadeiro, e que manter relações interpessoais nas quais se é valorizado por quem se é e não por aquilo que se consegue alcançar é favorável à mesma – o que inclui a capacidade de expor comportamentos ou aspetos do self percecionados como negativos e não haver um forte desejo de ser aprovado por terceiros (Kernis, 2003, como referido por Ramos, 2017).

### 3 – CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

Os problemas proporcionados pelo consumo de substâncias apresentam uma elevada relevância social, suscitando problemas a nível familiar, laboral e na comunidade. A maioria dos serviços de saúde orientados para a pessoa com toxicodependência no nosso país estão sob a responsabilidade da área da saúde mental, estimando-se que até 50% da população consumidora de substâncias apresente comorbilidades psiquiátricas (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2013).

Alguns dos fatores que tem influência no contacto com substâncias psicoativas e na sua utilização de forma prejudicial são os seguintes: idade do consumo em idade jovem; baixo estatuto socioeconómico; baixa literacia; patologia psiquiátrica; desemprego; aceitação social, familiar ou cultural do uso da substância; disponibilidade da droga; traços de personalidade (principalmente antissociais); e agentes biológicos (genéticos, neuroquímicos) (Saraiva & Cerejeira, 2014).

No que concerne à epidemiologia, esta tende a ser instável devido às alterações que ocorrem na oferta, períodos de instabilidade política, social e económica, o surgimento de novas substâncias e as intervenções políticas e de saúde pública, que são orientadas à redução da procura (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Nos anos de 2016 e 2017 decorreu em Portugal, o IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017, replicando os estudos de 2012, 2007 e 2001. A dimensão da amostra para a população de 15-64 anos foi de 9632 e para a população dos 15-74 anos foi de 12023. Os resultados serão apresentados posteriormente para cada substância (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

- **Álcool**

Focando no grupo de idades entre os 15 e os 24 anos, onde efetivamente existe uma maior probabilidade de inícios recentes dos consumos, verificou-se um adiar do início dos consumos de álcool face ao ano de 2012, com a idade média a alterar de 16 para 17 anos (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

Em 2016/17, as prevalências de consumo de álcool ao longo da vida (pelo menos uma experiência de consumo) na população de 15-74 anos (85%) e na de 15-34 anos (83%),

foram superiores às verificadas em 2012 (73% e 72%). No entanto, as de consumo recente (nos últimos 12 meses) e de consumo atual (nos últimos 30 dias) foram inferiores às de 2012 na população de 15-74 anos (58% e 49% em 2016/17 e 60% e 50% em 2012), e mais significativa na de 15-34 anos (52% e 41% em 2016/17 e 61% e 47% em 2012) (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

Estas prevalências de consumo continuam a ser mais elevadas no grupo masculino. Nos consumidores de 15-34 anos, a cerveja apresentou maior prevalência de consumo, apresentando o vinho e as bebidas espirituosas prevalências menores e mais aproximadas no subgrupo de 15-24 anos por comparação ao de 25-34 anos, no qual prevalece o vinho em relação às espirituosas (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

Verificou-se ainda que, em 2016/17, que a prevalência de consumo *binge* nos últimos 12 meses foi de 10% na população de 15-74 anos (17% dos consumidores recentes), e de 11% na de 15-34 anos (22% dos consumidores recentes). Estes consumos são mais prevalentes no grupo masculino e nos três grupos decanais mais jovens, salientando-se os de 15-24 anos e 25-34 anos se considerarmos as prevalências nos grupos de consumidores recentes de bebidas alcoólicas. Considerando todos os países europeus participantes no estudo, Portugal evidenciou a segunda mais baixa prevalência deste padrão de consumo, com o maior rácio entre os sexos e a prevalência mais baixa a nível do grupo feminino (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

As situações de embriaguez severa são mais prevalentes no grupo masculino, assim como nos três grupos decanais mais jovens, comprovando-se uma diminuição destas prevalências ao longo do ciclo vital (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018)

Os motivos para consumo de bebidas alcoólicas mais referidos foram a sensação/gosto provocada pela bebida, fatores relacionados com a sociabilidade e por último, o gosto pelo efeito produzido pela bebida alcoólica e a diversão desencadeada (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

No entanto, existem diversas razões para o não consumo, nomeadamente a falta de interesse e a consciência sobre as consequências para a saúde derivadas do consumo de bebidas alcoólicas (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

O álcool constitui efetivamente um fator de risco para diversos problemas de saúde e o seu uso prejudicial é uma das principais causas de doenças prematuras, incapacidade e morte. Os problemas sociais são frequentemente associados em casos de consumo dependente e prejudicial, incluindo conflitos familiares e entre amigos e ainda, maiores dificuldades nos estudos em estudantes e no trabalho. Além disto, podem-se salientar outros riscos associados ao consumo prejudicial nomeadamente: comportamentos agressivos ou violentos, problemas digestivos, ansiedade e depressão, dificuldades de concentração, raciocínio e memória, suicídio, etc. A tolerância e a dependência podem surgir devido ao consumo regular de álcool, pelo que a dependência poderá ocasionar sintomas de abstinência quando o consumo é diminuído ou interrompido, sendo estes: tremores, sudorese, ansiedade náuseas, vômitos, insónia, cefaleias, hipertensão, alucinação e convulsões (WHO, 2013).

Além das questões de saúde, salienta-se ainda a dimensão financeira do consumo, sendo visto como dispendioso e de desperdício. Também os maus exemplos comportamentais observados em outros indivíduos, o desagrado com o sabor do álcool e a educação são evidenciados como cruciais nos atuais não consumidores (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

- **Tabaco**

O consumo de tabaco evidencia um valor mais próximo dos 50% na prevalência ao longo da vida em 2016/17, comparando com os dados obtidos em 2012. Verifica-se também que o consumo diário aumentou entre 2012 e 2016/17, de 22,9% para 26,3%. Estas prevalências de consumo de tabaco são em particular mais acentuadas entre os 25-34 anos, qualquer que seja a temporalidade considerada. É importante também realçar que a prevalência de consumo mais recente (últimos 12 meses, últimos 30 dias e consumo diário) nos mais jovens (15-24 anos) é semelhante à do grupo adulto dos 45-54 anos (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Verifica-se uma prevalência do consumo masculino no total da população geral. Nos jovens adultos de 25-34 anos essas diferenças não existem, apresentando ambos os sexos valores muito idênticos (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

A circunstância mais constatada como promotora do início de consumo de tabaco foi a curiosidade ou vontade de experimentar (43,6%). A segunda situação mais relatada é a influência dos amigos ou para acompanhar amigos (36,9%). Um terceiro motivo é a frequência de momentos festivos (18,7%) (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

O consumo de tabaco é principal causa de mortes atribuíveis a substâncias psicoativas. Este constitui um fator de risco no que concerne ao desenvolvimento de doenças e outras complicações. Sabe-se ainda que a exposição ao fumo proveniente de fumadores pode também constituir um fator de risco mesmo para aqueles que efetivamente não fumam (WHO, 2013).

A idade média do abandono do tabaco corresponde aos 36 anos e apresenta uma duração média de consumo de 21 anos para os que fumaram regularmente, menos de 3% da população fumadora atual pensou em recorrer a alguma forma de ajuda para resolver problemas causados pelo consumo de tabaco, sendo que, a maioria das ajudas consiste no apoio especializado de profissionais clínicos e sociais e há ainda referências ao uso de medicamentos, comprimidos ou pastilhas. Alguns recorreram à acupuntura/auriculoterapia ou a adesivos/pensos (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

- **Cannabis**

A cannabis é considerada a substância psicoativa ilícita que possui maior prevalência no país, em que 9,7% dos indivíduos com idades entre os 15 e os 74 anos a consumiram pelo menos uma vez ao longo da vida, sendo que este valor rondava os 8,2% no ano de 2012 (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

A cannabis permanece a substância que evidencia idades mais precoces, com uma idade média de 17 anos. As prevalências de consumo continuam a ser mais significativas no grupo masculino, apesar de se averiguarem aumentos das prevalências em ambos os gêneros (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

Os locais mais frequentados para que ocorra o consumo de cannabis coincidem com o local onde foi obtida a substância: as ruas, praças, jardins (23,4%) e a casa de pessoas com quem se dá/dava (20,2%). Por outro lado, as razões que mais desencadeiam o consumo de cannabis foram a necessidade de se sentir *high* (24,3%), a curiosidade/experimentação (19,5%), e ajudar a relaxar (18,4%). Estas três principais razões têm-se mantido inalteradas desde 2001 (Balsa, Vital e Urbano, 2018).

O motivo de não voltarem a consumir deve-se em 21,7% dos casos por se tratar apenas de um consumo experimental da substância, 19,1% referem falta de satisfação com a qualidade, com o sabor ou com os efeitos da substância, e 10,8% falam em falta de interesse e/ou de vontade em consumir. Salienta-se ainda que, 9,2% que referem motivos relacionados com questões de saúde, e outros 9,2% que referem alterações no modo, estilo ou fase da vida. Verificou-se que apenas 3% dos consumidores procuraram ajuda (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

As situações mais frequentes referentes a consequências negativas associadas ao consumo foram o menor efeito do produto e o desejo forte pelo produto e não resistência ao mesmo, enquanto, as situações menos frequentes consistem em problemas de saúde, problemas no rendimento no trabalho, e problemas no rendimento escolar. Dos consumidores de cannabis que mencionaram apresentar problemas de saúde derivadas do seu consumo, apenas cerca de um quarto deixou de consumir (Balsa, Vital e Urbano, 2018).

A cannabis é, globalmente associada a inúmeras consequências para a saúde, nomeadamente problemas de atenção e motivação, ansiedade, paranoia, pânico e depressão, problemas de memória e raciocínio, hipertensão, asma e bronquite, sintomas psicóticos, entre outros (WHO, 2013).

- **Cocaína**

Os consumos experimentais de cocaína evidenciam uma prevalência de 1,1%. Independentemente da temporalidade considerada, verificam-se prevalências mais elevadas do consumo de cocaína entre os 25 e os 44 anos. Relativamente ao género, verifica-se que as declarações de consumo mais elevadas são entre os homens (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Aproximadamente metade (47,3%) dos consumidores de cocaína consumiu esta substância ao longo da vida mais de 20 vezes. Um quarto dos consumidores de cocaína consumiu esta substância com uma frequência diária nos últimos 12 meses. O consumo diário é mais elevado entre as mulheres, principalmente as mais jovens (15-34 anos) (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

As três principais fontes de obtenção da cocaína são os amigos (50%) e conhecidos (12%), assim como a figura do vendedor (13%). No que concerne, aos três principais locais de obtenção da cocaína, 33% indicam a rua, jardim, local ao ar livre, 23% a casa de alguém com quem se dá/dava, e 14% as festas. Sendo que, os locais mais frequentes

para o consumo são a própria habitação, mas também a casa de pessoas com quem se dá/dava, as ruas, praças e jardins e ainda os bares e discotecas. As motivações que desencadearam o consumo da cocaína foram maioritariamente a necessidade de se sentir *high*, com moça, com ganza, de relaxar e para esquecer problemas (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Quando os consumidores foram questionados sobre o motivo de não consumirem novamente cocaína referem que apenas tiveram um consumo experimental da substância (16%), referem falta de satisfação com a qualidade, com o sabor ou com os efeitos da substância (14%), e falta de interesse e/ou de vontade em consumir (14%). Salientam-se ainda 9% que referem motivos relacionados com a saúde, e outros 9% que referem motivos relacionadas com dependência da substância. Verificando-se que, dois em cada dez consumidores referem ter apresentado a necessidade de recorrer a ajudas devido ao seu consumo, em que mais de metade recorreu a centros/clínicas de reabilitação/desintoxicação, mais de 20% asseguram ter recorrido a ajuda especializada (médicos, psicólogos, etc.) e 15% mencionam os Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT). Cerca de um terço dos consumidores, menciona sintomas como o desejo forte pela substância e não conseguir resistir ou o condicionamento de atividades importantes para procurar e consumir cocaína (Balsa, Vital e Urbano, 2018).

Os consumidores que declararam ter tido problemas de saúde decorrentes do consumo de cocaína, mantiveram, na sua maioria (80%) os consumos (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

O consumo de cocaína associa-se a diversos sintomas físicos e problemas de saúde mental. Os efeitos da cocaína tem um início rápido, no entanto, este pode-se desgastar rapidamente, o que pode desencadear uma tendência para múltiplos usos da substância. Os riscos associados ao consumo são os seguintes: distúrbios do sono, taquicardia, cefaleias, perda de peso, morte súbita por agudização de condições cardíacas, oscilações de humor (ansiedade, depressão e mania), paranoia, pensamentos irracionais e dificuldades de memorização, etc. (WHO, 2013).

- **Estimulantes do tipo anfetamina**

O consumo experimental de anfetaminas mantém-se nos 0,4%, não se verificando consumos no decorrer dos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias anteriores à entrevista do inquérito mencionado anteriormente. As idades de início de consumo compreendem os 25 e os 54 anos. Estima-se que cerca de 38% dos consumidores de

anfetaminas apenas consumiram a substância uma vez ao longo da vida, no entanto, 31% consumiram mais de 20 vezes (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

As três principais fontes de aquisição de anfetaminas são os amigos (56%) e conhecidos (11%), assim como a figura do vendedor (9%). No que concerne, aos três principais locais de obtenção de anfetaminas, 24% mencionam as festas, 20% as discotecas e 17% a rua, jardim, local ao ar livre. Por outro lado, os locais mais recorridos para o consumo são os bares e discotecas e a casa de pessoas com quem se dá/dava. Salientam-se ainda, as festas techno/raves e as festas trance que se destacam como as ocasiões em que ocorre o consumo de anfetaminas com maior frequência. As motivações mais relacionadas com consumo de anfetaminas foram a necessidade de obter energia física para atividades de lazer e de se sentir *high*, com moca, com ganza. Além disto, salienta-se ainda a experimentação e a curiosidade por cerca de 65% dos consumidores (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

O motivo de não consumirem anfetaminas no decorrer dos últimos 12 meses ou últimos 30 dias, 26% referem falta de satisfação com a qualidade, com o sabor ou com os efeitos da substância, 20% falam em falta de interesse e/ou de vontade em consumir, e 14% referem motivos relacionados com questões de saúde. A totalidade dos consumidores menciona nunca ter procurado ajuda devido ao seu consumo e mais de 60% dos que mencionam ter apresentado problemas de saúde derivados do consumo de anfetaminas mantiveram o consumo (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Os estimulantes do tipo anfetamina incluem anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina e *ecstasy* (MDMA). Existe evidência que a utilização de estimulantes do tipo anfetamina podem causar danos às células cerebrais permanentemente. Existe ainda uma elevada prevalência de problemas sociais incluindo problemas de relacionamentos, financeiros, laborais e académicos. Oscilações de humor são também reportados, existindo uma maior incidência de depressão e irritabilidade. Além disto, existem outros riscos associados ao consumo nomeadamente: distúrbios do sono, perda de apetite, perda de peso, desidratação e redução da resistência à infeção, cerar a mandíbula, tremores, batimento cardíaco irregular, dificuldades de concentração e de memória, paranoia, agressividade e violência, psicose após uso repetido de doses elevadas, etc. (WHO, 2013).

- **Sedativos/ansiolíticos/hipnóticos**

A prevalência de consumo de medicamentos de tipo sedativo, ansiolítico ou hipnótico ao longo da vida é de 13,5%, valor inferior ao verificado em 2012 (21,8%). Para os

últimos 12 meses o valor é de 9,4%, menos quatro pontos percentuais que em 2012. Nos últimos 30 dias, 8,3% da população consumiu este tipo de medicamentos (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

É prevalente o consumo entre o género feminino, aumentando à medida que aumenta a idade. No entanto, como exceção, o grupo dos homens de 15-24 anos apresenta valores de prevalência superiores aos das mulheres da mesma faixa etária (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

O consumo nos últimos 12 meses ou nos últimos 30 dias é maioritariamente um consumo diário (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Dos que consumiram nos últimos 12 meses, nos últimos 30, no consumo pela primeira e no consumo pela última vez, verificou-se que a tendência de resposta sobre a aquisição de medicamentos foi idêntica, verificando-se que: 94,3% obtiveram-nos através de receita médica, 4,3% na farmácia sem receita médica e 1,1% através de familiares ou de pessoas conhecidas. A maioria das respostas indicam que as motivações para o consumo de medicamentos se devam ao seu efeito para ajudar a relaxar ou a motivos de saúde psíquica e ou física. Seguem-se a estas: procurar esquecer problemas, para obter energia física para trabalhar ou para conseguir um estado de alegria (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Para aqueles que não consumiram nos últimos 12 meses ou nos últimos 30 dias, o principal motivo (55,2%) deve-se ao facto de considerar que já não precisa, 21,3% referem que apenas tomaram esporadicamente e 16,7% afirmam que foi por indicação médica que os deixaram de tomar. Há ainda 3,4% que indicam que o abandono foi para impedir efeitos derivados do uso e 1,8% indicam que passaram a usar outras substâncias. Cerca de 8% dos consumidores de medicamentos sentiram, nos últimos 12 meses, necessidade de reduzir o seu consumo, e 19% sentiram o mesmo há mais tempo. De entre outros problemas associados ao consumo pode-se referir ainda, os sentimentos de culpa desenvolvidos e receber críticas de pessoas que lhe são próximas (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Os sedativos/ansiolíticos/hipnóticos incluem benzodiazepinas e compostos relacionados mas não neurolépticos. Geralmente estes são prescritos para ajudar a gerir os distúrbios do sono, ansiedade, ou distúrbios do humor, etc., no entanto por vezes o seu uso vai além dos limites prescritos. Sabe-se que a tolerância e dependência a estes pode-se desenvolver após um curto período de uso e a abstinência destes pode ser desagradável. Os sintomas de abstinência incluem: ansiedade e pânico, insónia,

depressão, cefaleias, sudorese, febre, náusea e vômito e convulsões. É pouco provável que as benzodiazepinas causem morte ou sobredosagem quando tomados isoladamente mas quando combinados com álcool, paracetamol, antidepressivos ou opioides o risco de sobredosagem e morte é acentuadamente aumentado (WHO, 2013).

- **Alucinogénios**

O IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017, no que concerne aos alucinogénios, avaliou essencialmente o consumo de cogumelos mágicos e de LSD, pelo que estes resultados irão ser apresentados posteriormente (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

Abordando inicialmente o consumo de LSD, verificou-se que ao longo da vida oscilaram de 0,5% em 2012 para 0,4% em 2016/17. Também os consumos no decorrer dos últimos 12 meses desceram uma décima. Não se verificam consumos nos últimos 30 dias anteriores à entrevista realizada aquando a implementação do inquérito mencionado. Nos últimos 12 meses verificou-se que apenas inquiridos homens, com idades entre os 15 e os 34 anos, consumiram esta substância (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Um total de 41% os consumidores de LSD afirmam ter consumido esta substância mais de 20 vezes ao longo da vida, enquanto 34% declaram consumos mais experimentais, tendo consumido LSD 1 ou 2 vezes ao longo da vida. Estes consumos experimentais são mais frequentes entre as mulheres, sobretudo as mais jovens (15-34 anos). As fontes habituais de obtenção constituem na sua maioria os amigos (60%) e os conhecidos (17%). No que concerne aos três locais de obtenção de LSD, 30% indicam a rua, jardim, local ao ar livre, 29% as festas e 26% a casa de alguém com quem se dá/dava (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

As sociedades locais, os centros comerciais, assim como a casa onde vive/viviam, foram os locais referidos onde o consumo da substância decorre de modo mais frequente (6% frequentemente em cada um dos locais). São 26% os consumidores que afirmam consumir a substância em bares e discotecas e 22% na rua, praça ou jardim algumas vezes (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

As principais motivações para o consumo são a curiosidade pela substância (26% muito importante e 42,9% importante) e a sensação de se sentir light, com moca, com ganza

(30,9% muito importante e 27,3% importante). No entanto, quando questionados sobre o motivo de não consumirem LSD nos últimos 12 meses ou últimos 30 dias anteriores, 28% dos inquiridos referem que apenas tiveram um consumo experimental da substância, 27% referem falta de satisfação com a qualidade, com o sabor ou com os efeitos da substância, e 23% referem ainda alterações no modo, estilo ou fase da vida (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Num total de 97% os consumidores citam nunca ter sentido necessidade de recorrer a ajudas para resolver problemas desencadeados pelo consumo de LSD. Quanto a consequências associadas ao consumo de LSD a grande maioria (acima dos 90%) indica que nunca as percebeu. Um em cada dez consumidores de LSD refere conseguir conceber a sua vida sem o recurso à substância (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Relativamente aos cogumelos alucinogénios a prevalência do consumo desceu para os 0,2%. Não se verificam consumos no decorrer dos últimos 12 meses e 30 dias anteriores à entrevista. É entre os 35 e os 44 anos que a prevalência do consumo ao longo da vida de cogumelos alucinogénios é mais notória. Este é o único grupo etário onde se demonstram consumos tanto por parte de homens como de mulheres, em todos os outros apenas se registam consumos masculinos. Acima de metade (56,7%) consumiu esta substância ao longo da vida apenas uma vez. No caso das mulheres apenas se evidenciaram consumos experimentais (76% indicam ter consumido uma vez e 24% duas vezes) (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Os consumos ocorrem mais frequentemente na casa de pessoas com quem se dá/dava (5,8% frequentemente e 12,5% algumas vezes). A curiosidade e o sentir-se *high*, com moca, com ganza foram as motivações para o consumo mais mencionadas. Num total de 44% refere não ter consumido nos últimos 12 meses ou últimos 30 dias anteriores por apenas terem tido um consumo experimental. Enquanto 23% refere falta de satisfação com a qualidade, com o sabor ou com os efeitos da substância. A totalidade dos consumidores de cogumelos alucinogénios menciona não ter recorrido a ajudas para resolução de possíveis problemas desencadeados pelo consumo. A totalidade dos consumidores declara não ter sentido alguma consequência derivada do consumo (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Os alucinogénios são um grupo que afeta as perceções sobre a realidade por distorção de um ou vários sentidos (visão, audição, olfato, paladar ou tato), resultando em alucinações. No entanto, também podem resultar em distorções dos processos cognitivos (tempo, autoconsciência e humor). Os efeitos dos alucinogénios são

imprevisíveis, podem variar de pessoa para pessoa e de ocasião para ocasião. O uso prolongado pode piorar os sintomas de doenças mentais, nomeadamente a esquizofrenia. É improvável que estes causem dependência, pelo que o seu consumo tende a ser esporádico/experimental e não recorrente (WHO, 2013).

- **Opióides (Heroína)**

O consumo de heroína ao longo da vida mantém-se estável entre 2012 e 2016/17, passando de 0,0% para 0,1% no decorrer dos últimos 12 meses. Os consumos de heroína apresentam prevalências ao longo da vida mais elevadas entre os inquiridos com 35 a 54 anos, sobretudo entre os homens. Os consumos no decorrer dos últimos 12 meses e últimos 30 dias são residuais (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

A população consumidora de heroína ao longo da vida pode ser separada em dois grupos: os que apresentaram um consumo de heroína experimental (1 a 2 vezes) (21%) e os que tiveram consumos mais intensivos (mais de 20 vezes) (71%). Os consumos mais intensivos (mais de 20 vezes ao longo da vida) apresentam prevalências superiores entre as mulheres (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Quatro em cada dez dos consumidores de heroína afirmam obter a substância por intermédio de um vendedor, verificando-se que as outras duas fontes foram os amigos (28%) e os conhecidos (20%). Os locais utilizados mais frequentemente para o consumo de heroína são a própria habitação (40,6%) e a casa de pessoas com quem se dá/dava (41,2%). O consumo de heroína ocorre algumas vezes para 28% dos consumidores em bares e discotecas e para 26% no local onde trabalha ou trabalhava (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

As motivações mais associadas ao consumo de heroína foram a necessidade de se sentir *high*, com moca, com ganza, mas também a curiosidade e a experimentação. Quando questionados sobre qual o motivo de não consumirem heroína nos últimos 12 meses ou últimos 30 dias anteriores à entrevista do respetivo questionário, muitos referem que realizaram processos de desintoxicação, outros referem problemas de dependência e motivos relacionados com questões de saúde, mas também com alterações do modo, estilo ou fase da vida (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Aproximadamente metade dos consumidores de heroína referem ter sentido a necessidade de procurar a ajudas derivadas do consumo (34% referiram ter recorrido e centros/clínicas de reabilitação/desintoxicação, 33% recorreram a ajuda especializada (médicos, psicólogos, farmacêuticos, etc.) e 23% referem os CAT. Dos que declararam

ter tido problemas de saúde decorrentes do consumo de heroína apenas cerca de 15% deixaram de consumir (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

No que concerne aos opioides, estes podem ser injetados (intramuscular, endovenoso), fumado (o que é frequentemente com a heroína e o ópio), consumido por via oral, sublingual ou como supositório anal. A injeção de heroína resulta em captação imediata do medicamento e desta forma, num rápido início de efeitos que podem resultar em sobredosagem, particularmente se combinado com outras substâncias como álcool ou benzodiazepinas. Alguns dos riscos associados ao consumo, são os seguintes: náuseas e vômitos, dificuldade de concentração e memória, depressão, redução da libido e impotência, stresse relacional, problemas para manter o trabalho e a vida familiar, tolerância, dependência e sintomas de abstinência, etc. (WHO, 2013).

- **Inalantes**

Além das substâncias supra apresentadas, é importante referir ainda os inalantes, apesar de estes não serem abrangidos no inquérito anteriormente referido.

Os inalantes, abrangem todos os solventes voláteis que podem ser inalados ou inspirados, podendo as substâncias apresentar diferentes ações farmacológicas. As substâncias voláteis mais usadas incluem gasolina, solventes, colas, *sprays*, lacas. Os sintomas a curto prazo incluem: náuseas, vômitos, cefaleias e diarreia. Doses mais altas podem causar lentificação da fala, desorientação, confusão, delírios, fraqueza, tremores, cefaleias e alucinações visuais, pode ainda ocasionar coma ou morte por insuficiência cardíaca. Em geral, os inalantes tendem a ser utilizados por jovens pela experimentação, devido à sua disponibilidade, não sendo usual que continue por um longo período de tempo. Os adultos recorrem a estas substâncias devido à falta de disponibilidade de outras substâncias e pressões culturais. É menos comum que exista dependência desta substância (WHO, 2013).

Existem ainda outras drogas, que se podem considerar todas aquelas que não pertencem a qualquer uma das substâncias apresentadas anteriormente (WHO, 2013).

Após a apresentação de todos os dados epidemiológicos, pode-se concluir que em 2016/2017, a cannabis foi a substância ilícita com maiores prevalências de consumo (10% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 4% nos últimos 30 dias). Seguindo-se a cocaína e o *ecstasy* como drogas preferencialmente consumidas. No que concerne à taxa de continuidade de consumo (proporção de indivíduos que consumiu uma dada substância ao longo da vida), a população de 15-34 anos apresentou taxas superiores

para todas as drogas. No entanto, a cannabis revelou a maior taxa de continuidade dos consumos (47% na população total e 53% na de 15-34 anos). Seguiu-se-lhe o *ecstasy*, a cocaína e a heroína na população de 15-74 anos (19%, 18% e 11%) e, a cocaína, o *ecstasy* e a heroína na de 15-34 anos (29%, 26% e 17%) (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

Entre 2012 e 2016/17 apurou-se um agravamento dos consumos intensivos em ambos os géneros, ainda que superior no feminino, assim como em todos os grupos etários decenais. Entre 2012 e 2016/17, manteve-se idêntica a prevalência de consumo de risco moderado na população total (0,3%), tendo descido na de 15-34 anos (de 0,9% para 0,6%). Em contrapartida, aumentaram as de consumo de risco elevado na população total (de 0,3% para 0,4%) e na de 15-34 anos (de 0,4% para 0,6%). É de salientar ainda o aumento dos que têm consumos considerados sem risco (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

A dependência verifica-se superior no grupo masculino (1,2%) por comparação ao feminino (0,4%). Também são mais altas nos grupos etários decenais entre os 15 anos e os 44 anos. Isto evidencia a necessidade de reforçar medidas preventivas em idades precoces, considerando que os 15-24 anos é o grupo etário onde maioritariamente se iniciam os consumos de substâncias psicoativas, e, conforme se pode constatar, emergem padrões de consumo nocivos e abusivos, que algumas vezes evoluem para situações de dependência (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

É de destacar dos resultados supra apresentados, o evidente agravamento do consumo de cannabis, ao nível das prevalências de consumo recente e das frequências mais intensivas, verificando-se três quintos dos consumidores recentes a ter consumos diários/quase diários nos últimos 12 meses. Ainda que mais ligeiro, existe também um aumento da dependência do consumo de cannabis na população, apesar de não se verificar um agravamento das proporções de dependência entre os consumidores recentes, sendo isto resultado do aumento do número de consumidores que ainda não evidenciam estes sintomas (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

Além deste panorama nacional é de salientar ainda as heterogeneidades regionais que permitem uma maior adequação das intervenções loco-regionais. A Região Autónoma dos Açores e o Norte foram as regiões que demonstraram valores mais elevados considerando o consumo recente e atual de qualquer droga na população de 15-74 anos; a população de 15-34 anos foram também estas regiões incluindo a Região Centro e de Lisboa (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018)

Estudos realizados na população geral no ano de 2015 em 14 países europeus evidenciam que Portugal encontra-se abaixo dos valores médios relativos às prevalências de consumo recente de cannabis, de cocaína e de *ecstasy*, as três substâncias ilícitas com maiores prevalências de consumo recente em Portugal. O posicionamento de Portugal no *ranking* destes países é mais favorável na população jovem e jovem adulta (15-34 anos), por comparação à população de 15-64 anos (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018)

### 3.1 – CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Segundo Vinagre e Lima (2006), verifica-se uma prevalência acentuada da utilização de substâncias psicoativas e uma alteração nos padrões do seu consumo na população mais jovem que constituem uma ameaça à sua saúde, bem-estar e qualidade de vida (Vinagre & Lima, 2006).

O consumo de substâncias psicoativas pelos estudantes do ensino superior tem então suscitado interesse e preocupação (Mardegan, Souza, Buaiz e Siqueira, 2007), dado que, averigua-se que as taxas de comportamento de risco são mais elevadas nesta faixa etária e tendencialmente evoluem para uma depressão major (Reich, Zautra & Hall, 2010), tendo em consideração a diminuição da vigilância dos pais nesta fase e, perante tal, a sua menor influência (Schulenberg & Maggs, 2002).

O consumo de substâncias psicoativas tornou-se um problema relevante de saúde pela sua incidência e riscos relacionados com o consumo (Peuker, Rosemberg, Cunha & Araújo, 2010). O consumo de substâncias psicoativas provoca a alteração do estado normal da pessoa que consome e a sua continuidade de consumo pode desencadear o desenvolvimento de um processo de abuso, de adição e, por último, de dependência (Patrício, 2015).

Ao consumir pela primeira vez a pessoa pode não possuir a intenção de se tornar dependente, no entanto, existe evidência de casos em que os consumidores acabam por desenvolver comportamentos aditivos dependentes, desencadeando a necessidade de consumir, de aumentar a frequência do consumo e por vezes, a necessidade de aumentar as quantidades da substância (Patrício, 2015).

O consumo associa-se a diversos riscos, nomeadamente, acidentes de viação, criminalidade e infeção por Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH) (Leigh, 1999, como referido por Feldman, Olds & Papalia, 2006). Verifica-se ainda que o álcool também está envolvido em mortes ocasionadas por afogamentos, suicídios, incêndios e em quedas, e costuma ser um fator predisponente à violência no seio familiar (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 1981 como referido por Feldman et al., 2006).

O consumo de álcool é contraindicado para os estudos académicos, no entanto, pode facilitar objetivos sociais (Vaughan & Corbin, 2009 como referido por Rocha, 2011), sendo utilizado como um recurso para que se consiga a aceitação no grupo de pares e a autonomia em relação aos pais, a lidar com a ansiedade e a frustração e para afirmar a maturidade (Jessor, 1991 como referido por Rocha, 2011).

A maioria dos estudantes do ensino superior consome álcool, e cerca de 40% apresenta períodos de ingestão alcoólica excessiva pelo menos uma vez em cada duas semanas (Johnston, O'Malley & Bachman, 1999, como referido por Feldman et al., 2006). Os estudantes que tendencialmente consomem bebidas alcoólicas excessivamente têm tendência a faltar às aulas, a desenvolver conflitos com as autoridades, a desencadear danos à propriedade, a conduzir depois de beber e a envolverem-se em agressões sexuais ou em atividades sexuais inseguras (NIAAA, 1995, como referido por Feldman et al., 2006).

Os estudantes do ensino superior que consomem cannabis e que ingerem bebidas alcoólicas, tendencialmente tiram notas mais baixas, estudam menos, socializam mais e tem uma maior probabilidade de participar em outros comportamentos de alto risco (Feldman et al., 2006). À medida que os jovens adultos amadurecem, frequentemente acabam por reduzir o consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas, dado que, estabelecem e assumem mais responsabilidades para o seu futuro (Labouvie, 1996, como referido por Feldman, et al., 2006). O abuso de substâncias pode ter riscos na saúde a curto e a longo prazo. O uso crónico e intenso de cocaína pode prejudicar o

funcionamento cognitivo (Bolla, Cadet e London, 1998; Bolla, Rothman e Cadet, 1999, como referido por Feldman, et al., 2006).

#### **4 – ANSIEDADE**

O termo ansiedade deriva do latim “*anxious*” que se refere a agitação e angústia e também deriva de uma outra palavra do latim “*angere*” que tem como significado sufocar ou estrangular, sendo por isso, frequente que as pessoas ansiosas referiram sensações de sufoco (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

A ansiedade pode-se caracterizar como um sinal de alerta perante um conflito interno, fornecendo ferramentas à pessoa para que esta se consiga proteger da ameaça (Holmes, 1997, como referido por Almondes & Araújo, 2003). Pode ser considerada como um estado emocional que inclui componentes psicológicos e fisiológicos, sendo uma reação natural e crucial para a auto preservação, possibilitando a adaptação às situações de perigo. Por outro lado, se for em excesso pode induzir repercussões negativas, limitando ou impossibilitando a sua capacidade de adaptação. Desta forma, a ansiedade não é negativa, o problema é quando se proporciona um desequilíbrio ou a não capacidade de defesa (Parreira, 2008).

Nem sempre é possível compreender o que suscita a ansiedade e por isso, torna-se difícil a evitar, assim como é possível que esta varie ao logo do tempo ou de acordo com as situações que a proporcionam (Batista, Carvalho & Lory, 2005).

Os sintomas que caracterizam a ansiedade podem abranger medo, terror, pânico, alarme, entre outras, podendo desencadear sensação de morte, devido à crença, ainda que irreal, que a pessoa apresenta perigo iminente. Mesmo perante uma situação em que se possa verificar que existe algum tipo de risco, a sensação de desconforto psicológico e físico manifestado é francamente superior ao perigo. Assim, a ansiedade pode ser caracterizada por uma sensação desagradável, uma inquietação interna, uma preocupação exagerada em relação ao futuro, acompanhada de sensações corporais como as tonturas, a secura na boca, aperto no peito, aumento dos batimentos cardíacos, suores, calafrios, tremores, formigueiros, câibras, urgência em urinar e cólicas abdominais (Andrade & Gorenstein, 1998; Sarmiento, Ferreira, Medeiros & Cintra, 2010).

A avaliação que a pessoa realiza da situação e a sua experiência passada demarcam se é ou não uma situação considerada como uma ameaça (Gaudry & Spielberger, 1971).

Spielberg (1985) propôs o termo “estado de ansiedade” e a divisão deste em dois tipos de ansiedade, a ansiedade como traço e ansiedade como estado. Quando a ansiedade é uma reação comum e que se mantém ao longo do tempo designa-se por “**ansiedade traço**”, por outro lado, quando é uma reação esporádica ou situacional esta designa-se por “**ansiedade estado**”.

Segundo o DSM-IV-TR a ansiedade encontra-se agrupada nas perturbações da ansiedade. A perturbação da ansiedade generalizada apresenta como características a presença de ansiedade e a preocupação constante e exagerada em relação a um conjunto de acontecimentos que se mantêm, pelo menos, durante seis meses, apresentando a pessoa dificuldade em conter essas preocupações. Para além da presença de ansiedade e preocupação, é necessário que se verifiquem três ou mais dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldades de concentração ou mente vazia; irritabilidade; tensão muscular; e perturbações no sono. Estes sintomas não podem ser melhores explicados por outra perturbação e devem proporcionar um mal-estar significativo ou desencadear alterações no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área. Além disto, a perturbação não pode ser desencadeada por efeitos fisiológicos causados pelo consumo de substâncias e não ocorrem unicamente durante a perturbação do humor (American Psychiatric Association, 2011).

#### 4.1 – MODELO COGNITIVO DE BECK PARA A ANSIEDADE

Com o decorrer do tempo, foram-se desenvolvendo modelos que procuram explicar os mecanismo e processos envolvidos na ansiedade, nomeadamente o Modelo Cognitivo de Beck para a ansiedade. De acordo com este modelo, a ansiedade é caracterizada pelo processamento da informação apoiado em esquemas disfuncionais, decorrendo em erros ou enviesamentos na compreensão dos estímulos, sendo avaliados como perigosos e ameaçadores. A forma como o processamento de informação é procedido constitui a base para este modelo. Assim, trata-se de um padrão complexo que abrange quatro aspetos (Beck, Emery & Greenberg, 1985):

- **Fisiológicos**, em que existe um alerta do sistema autónomo para que ocorra a fuga ou para que sejam mobilizadas defesas de acordo com o perigo percecionado;
- **Comportamental**, em que decorre efetivamente a mobilização com o intuito de “fugir” e de se proteger do perigo percecionado;

- **Afetivo/cognitivo**, em que se suscitam os sentimentos de medo e de apreensão;
- **Cognitivo**, em que se desenvolvem sintomas sensório-perceptivos (sentimentos de irrealidade, de híper vigilância e consciência de si), dificuldades de pensamento (dificuldades na concentração, incapacidade em controlar o pensamento, bloqueio e dificuldades em raciocinar), sintomas conceituais (distorções cognitivas, crenças relacionadas com o medo, imagens terríficas e pensamentos automáticos negativos).

Este sistema de processamento, mencionado anteriormente, supõe ainda três formas de funcionamento:

- **Registo inicial ou modo de orientação e reconhecimento dos estímulos**, em que é concedido ao estímulo uma prioridade;
- **Preparação imediata ou modo primário de processamento da ameaça**, que apresenta como objetivo certificar a sobrevivência, potenciando os indicadores de segurança, no sentido de diminuir o perigo, em que há a atribuição de um significado à ameaça sustentada por informações incompletas;
- **Elaboração secundária ou modo metacognitivo**, em que ocorre a avaliação da possibilidade e da eficácia dos recursos de coping existentes perante a ameaça (Beck & Clark, 1997).

Assim, a ansiedade está presente quando o sujeito percebe um perigo ou ameaça e decorre da avaliação cognitiva que realiza (Beck & Clark, 1997).

#### 4.2 – A ANSIEDADE NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

A ansiedade é uma perturbação que se verifica em 12% da população universitária (Szpak & Kameg, 2013). Salienta-se a importância do tratamento desta perturbação, dado que é debilitante, resultando em resultados negativos nos estudantes e interferido nas atividades diárias e na vida social (Vitasaria, Wahabb, Othmanc, Herawand, & Sinnaduraie, 2010).

Os estudantes do ensino superior com esta perturbação da ansiedade caracterizam-se frequentemente pela sua atitude passiva em relação aos estudos, como a falta de interesse na aprendizagem, assim como, o mau desempenho nos métodos de avaliação. Os sintomas psicológicos abrangem sentimentos de nervosismo antes do decorrer de uma aula, pânico, esquecimento aquando o decorrer do método de avaliação, impotência na realização dos trabalhos ou falta de interesse em áreas mais

difíceis dos estudos. Os sintomas fisiológicos mais comuns são as mãos frias, sudorese, nervosismo, aumento dos batimentos cardíacos e da frequência respiratória e dores no estômago (Sanches, Osório, Udina, Santos & Crippa, 2012).

O estudo realizado por Costa e Oliveira (2012) com uma amostra de 48 estudantes apurou que 58,34% dos estudantes do 1ºano relataram sintomas mínimos de ansiedade, 25% sintomas leves e 8,33% sintomas graves. Os mesmos autores salientaram que os estudantes de 1ºano demonstraram sintomas de ansiedade em níveis superiores comparativamente com os estudantes que estão na conclusão do curso, devido às expectativas sobre o mesmo.

O estudo de Marchi, Bárbaro, Miasso e Tirapelli (2013) concluiu que em 308 estudantes de uma escola pública de enfermagem do estado de São Paulo, 34% evidenciaram ansiedade leve, 24% ansiedade moderada e 12% ansiedade grave, salientando a importância da implementação de uma intervenção para que seja possível evitar/prevenir transtornos na formação da identidade do estudante, assim como na sua qualidade de vida.

Ao nível da diferença entre géneros, vários estudos (Carvalho, Bertolini, Milani e Martins, 2015; Jansen, Mondin, Ores, Souza, Konradt, Pinheiro & Silva., 2011; Vaysse, Gignon, Zerkly & Gangry, 2014) demonstraram que as mulheres apresentam níveis de ansiedade superior em comparação com os homens. Pode estar relacionado com as expectativas mais elevadas sobre o curso e o maior investimento nas atividades académicas por parte das mulheres, enquanto que os homens investem mais nas áreas de socialização (Almeida, Gonçalves, Salgueira, Soares, Machado, Fernandes, Machado & Vasconcelos, 2003).

As pessoas mais ansiosas geralmente são as que apresentam maior dependência e também maior restrição à autonomia, dificuldades na adaptação a novos contextos e dificuldade em estabelecer relações interpessoais. Por outro lado, as pessoas que construíram a sua identidade apresentam maior autonomia, mais confiança em si próprios, mais iniciativa e investimento, leva a que apresentem menores níveis de ansiedade (Silva & Costa, 2005).

Existem vários problemas relacionados com a frequência do ensino superior que têm influência direta com os níveis de ansiedade, como por exemplo, a solidão, a adaptação, o autoconceito, as relações interpessoais, a adaptação a um novo tipo de ensino e as metodologias de estudo e de avaliação (Noriega, 2005).

Segundo o estudo de Almeida (2014), os estudantes que tiveram de sair do seu local de residência para frequentar o ensino superior, apresentam níveis mais elevados de ansiedade, em relação aos estudantes não deslocados. Algumas explicações para estas diferenças entre os estudantes podem estar relacionadas com a falta de apoio social, recompensas insuficientes pelo seu trabalho e pobre desempenho cognitivo (Claudino & Cordeiro, 2006). Batista e Almeida (2002) evidenciaram ainda que estudantes não deslocados apresentam um maior nível de bem-estar físico e psicológico, melhor equilíbrio emocional e maior estabilidade afetiva.

Presentemente, os jovens estão tão suscetíveis a perturbações da ansiedade como os adultos. Esta problemática deve ser defrontada com seriedade e compreensão, dado que, nessa idade todos os sentimentos e emoções tomam grandes proporções (Claudino & Cordeiro, 2006).

## **5 – STRESSE**

A humanidade é confrontada todos os dias com diferentes situações às quais procura se adaptar, no entanto, aquando a tentativa dessa adaptação muitas vezes pode surgir o stresse. O termo stresse deriva do latim: “*stringo, stringer, strinxi, strictum*” que tem como significado apertar, comprimir, restringir (Serra, 2011).

O primeiro autor que abordou este tema foi um fisiologista Francês, Claude Bernard (1813- 1878) que acreditava que as ameaças físicas à integridade da pessoa desencadeavam respostas que contrariam esta ameaça. Referiu também que a vida está dependente da aptidão da pessoa conservar o meio interno perante qualquer alteração do meio externo (Serra, 2011).

Após o falecimento de Bernard, Walter Cannon (1871-1945), seguiu as suas ideias, investigando os mecanismos de resposta do organismo às mudanças do ambiente externo que possibilitam o funcionamento corporal ideal, dando origem ao conceito de homeostase (Serra, 2011).

Hans Selye (1907-1982), médico endocrinologista, foi o primeiro a apresentar o conceito de stresse (Serra, 2011; Malagris e Fiorito, 2006). Este definiu stresse, como uma síndrome geral de adaptação (SGA), na qual o organismo objetiva recuperar a homeostase perdida perante determinados estímulos (Malagris e Fiorito, 2006). Esta adaptação compreende quatro fases:

- **Primeira fase (fase de alarme):** o organismo é exposto a diferentes estímulos a que não se encontra adaptado, provocando uma reação que obriga a tentar readquirir energias para enfrentar essa situação de stresse. A pessoa pode atuar de duas formas: enfrentando a situação de stresse ou evitando o stresse. Se a pessoa conseguir superar a situação considera-se que houve um restabelecimento do seu equilíbrio. Caso não consiga está perante uma situação de stresse prolongado, passando para uma outra fase. Esta fase é composta por duas subfases: fase de choque, caracterizada como uma reação inicial e imediata ao agente nocivo assinalada pelo declínio da resistência; e fase de contrachoque, que consiste numa reação de “ricochete” assinalada pela mobilização dos mecanismos de defesa (Seabra, 2008). Pode suscitar sudorese excessiva, taquicardia, respiração ofegante e/ou aumento da tensão arterial. (Malagris e Fiorito, 2006; Melo, Rodolfo e Caçoilas, 1993).
- **Segunda fase (fase de resistência):** a pessoa acomoda-se ao agente de stresse (stressor) e os sintomas diminuem a sua intensidade, pelo que, o organismo procura restaurar o equilíbrio, adaptando-se ao agente indutor de stresse (resposta de adaptação) (Cunha e Rego, 2006). No entanto, a situação de stresse poderá tender a manter-se até que o organismo esgote as suas capacidades de resistência o que o poderá tornar suscetível a diferentes patologias (Malagris e Fiorito, 2006).
- **Terceira fase (fase de exaustão):** ocorre quando a continuação do agente stressor e a adaptabilidade do indivíduo tem um fim, decorrendo o esgotamento. Esta pode subdividir-se em dois estádios: o estádio depressivo, havendo uma diminuição do interesse por tudo o que o rodeia, tornando-se apático; e o estádio destrutivo que pode compreender o suicídio (Melo, Rodolfo e Caçoilas, 1993);
- **Quarta fase (fase de quase-exaustão):** acontece quando o indivíduo não consegue adaptar-se ao stressor, podendo-se desenvolver diferentes patologias que resultam da diminuição das resistências do organismo. A produtividade irá ser comprometida, embora num grau inferior do que na fase de exaustão descrita anteriormente (Malagris e Fiorito, 2006).

A probabilidade de uma pessoa adoecer é difícil de prever, dado que a capacidade para gerir o stresse é subjetiva, ou seja, varia de pessoa para pessoa. O limiar a partir do qual a pessoa desenvolve uma doença é o resultado entre a acumulação progressiva do stresse e a capacidade de o controlar e de resistir (Melo, Rodolfo e Caçoilas, 1993).

O stresse pode ser um estímulo e neste sentido, ser benéfico ou então, pode ser algo indesejável e compreender uma ameaça à saúde física e mental (Melo, 2012).

Outros autores como Richard Lazarus desenvolveram estudos sobre as emoções, concluindo que os fatores cognitivos, antecedentes, são decisivos nas respostas emocionais subseqüentes. Podendo-se concluir dois pressupostos: não há nenhuma situação que, em valor absoluto, possa ser confirmada como indutora de stresse e o fator decisivo que faz com que a pessoa se sinta ou não em stresse está dependente da avaliação que produz da situação (Serra, 2011).

O estudo de Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos (2002) definiu ainda o stresse como uma relação de desequilíbrio entre exigências ambientais e recursos pessoais, em que os indivíduos percebem exigências que esgotam os recursos de que julgam dispor, numa situação que avaliam como ameaçadora do seu equilíbrio.

#### 5.1 – STRESSE NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

O modelo biopsicossocial do stresse adaptado de Howard, Schiraldi, Pineda, e Campanella (2006) e de Vaz Serra (2007) foi aplicado especificamente aos estudantes do ensino superior. De acordo com este modelo, o estudante perante situações que desencadeiam stresse irá realizar uma avaliação subjetiva da ameaça que determinará se a esta é importante para si e se percebe o controlo ou não sobre a mesma. Quando se apercebe que as exigências excedem os seus recursos desenvolve uma situação de stresse. Perante esta situação, irão se desenvolver respostas que podem ser de carácter emocional, cognitivo, comportamental ou biológico (Santos, 2011).

Para que seja possível diminuir o stresse as pessoas fazem uma avaliação dos recursos que apresentam e optam por uma ou várias estratégias de coping. Estas estratégias podem ser (Santos, 2011):

- 1) Focadas no problema, na resolução da situação indutora de stresse;
- 2) Nas emoções, ou seja, na minoração da tensão emocional exaltada pelo stresse.
- 3) Na interação social, ou seja, no suporte social que possa adquirir .

As estratégias de coping consideradas eficazes ou adaptativas permitem a resolução do problema ou a diminuição do stresse enquanto as estratégias consideradas ineficazes ou mal adaptativas suscitam a manutenção ou agravamento da situação de stresse (Cristovão, 2012).

Os dados epidemiológicos disponíveis evidenciam que os estudantes do ensino superior sofrem níveis elevados de stresse. Em Portugal particularmente as investigações indicam que 48% dos estudantes apresentam stresse moderado e 26% dos estudantes apresentam stresse em grau elevado (Luz, Castro, Couto, Santos & Pereira, 2009).

No ambiente universitário existem diferentes fontes indutoras de stresse, nomeadamente o estabelecimento de novas relações, as tomadas de decisão, o medo de fracassar e a pressão familiar (Schafer, 1996), a ansiedade proporcionada pelas avaliações, uma baixa autoestima, a ansiedade social, problemas socioeconómicos (Pereira, Vaz, Medeiros, Lopes, Melo, Ataíde, Pinto, Decq Motta, Bernardino, Mendes e Ferreira, 2004), as alterações nos hábitos alimentares e de sono, novas responsabilidades, o aumento do volume de trabalho (Ross, Niebling, & Heckert, 1999) e as dificuldades na gestão do tempo (Aherene, 2001).

O stresse pode proporcionar um impacto positivo nomeadamente na mudança e crescimento pessoal e na motivação ao considerar as experiências como desafios e não como ameaças (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998). Contrariamente, pode constituir um impacto negativo ao desencadear algumas consequências, nomeadamente dificultar a adaptação do estudante (Gall, Evans, & Bellerose, 2000).

O stresse poderá afetar a autoestima relacionando-se negativamente com o autoconceito do estudante (Goldman & Wong, 1997; Hudd, Dumlao, Erdmann-Sager, Murray, Phan, Soukas e Yokozuka., 2000) e tem sido indicado como um dos preditores do rendimento académico (Murff, 2005) interferindo em situações de avaliação (Pereira et al., 2004).

O stresse pode ainda acarretar consequências para a saúde (Ramirez, Landero & Garcia-Campayo, 2009), ter um impacto negativo no bem-estar (Pereira et al., 2004) e aumentar as probabilidades de desenvolver comportamentos de risco (Hudd et al., 2000).

As estudantes do género feminino apresentam um risco superior de desenvolver respostas de stresse (Burris, Brechting, Salsman, & Carlton, 2009; Luz et al., 2009; Velez, Gazón e Ortíz, 2008), apresentando tendencialmente níveis mais baixos de perceção de controlo e de autoestima comparativamente com os homens, embora as mulheres detenham níveis mais elevados de suporte social (Denton, Prus, & Walters, 2004).

Evidenciam-se prevalências de stresse semelhantes na população em geral comparando com estudantes mais jovens, embora estes evidenciem uma maior incidência de problemas de saúde mental (Pereira, 2009).

Tendo em consideração o ano de frequência do ensino superior existem níveis superiores de stresse principalmente no decorrer do primeiro ano (Luz et al., 2009; Pereira et al., 2004, 2009).

Os estudantes que vivem em residências universitárias ou com a família, apresentam níveis de stresse menores (Eisenberg et al., 2007). Contrariamente aos estudantes deslocados do seu conselho de residência que apresentam maior vulnerabilidade a níveis superiores de stresse (Pereira et al., 2009). Ainda assim alguns estudos (Adlaf, Gिल्sman, Demers e Newton-Taylor., 2001; Luz et al., 2009) demonstram dados evidenciando que não existem quaisquer diferenças entre estudantes deslocados ou não deslocados.

Os estudantes de cursos de saúde, mais concretamente, cursos de medicina e enfermagem, parecem ter uma saúde mental piorada em relação à população geral, e comparativamente com outros estudantes que não estudam nesta área (Dyrbye, Thomas, & Shanafelt, 2006), assim como níveis superiores de stresse (Helmers, Danoff, Steiner, Leyton, & Young, 1997).

## **6 – DEPRESSÃO**

A palavra depressão deriva do latim “*deprimere*” que tem como significado, abatimento, diminuição, afundamento (Telles-Correia e Barbosa, 2009).

O conceito de depressão deriva do termo “melancolia” utilizado por Hipócrates, em que o estado melancólico era ocasionado por um excesso de bÍlis negra. Posteriormente, no século XIX, Krapelin institui uma repartição entre a psicose manÍaco-depressiva e a demência precoce, servindo de base a diversos modelos atuais da depressão. Foi Adolf Adler que sugeriu o termo de depressão como substituto de melancolia, citando que as perturbações depressivas estavam relacionadas com reações mal adaptativas ao stresse ambiental, introduzindo o conceito de reatividade na depressão (Telles-Correia e Barbosa, 2009).

A depressão parece efetivamente se desenvolver após uma perda ou acontecimento stressante (o falecimento de uma pessoa significativa, a frustração no trabalho ou desenvolvimento de uma doença). Consiste num processo psicológico complexo em que os estÍmulos externos ao organismo propiciam stresse e caso se prolonguem,

permitem o desenvolvimento de ansiedade patológica que pode culminar num processo de angústia e a partir daí desencadear diretamente depressão (Beck, Clark e Alford, 1999).

As perturbações depressivas podem ser duradouras ou recorrentes, causando prejuízo significativo na capacidade de uma pessoa desempenhar as suas funções a nível laboral, escolar ou a nível pessoal. Em casos mais graves, podem conduzir ao suicídio. As perturbações depressivas incluem duas subcategorias principais (DGS, 2017):

a) **Perturbação depressiva major/episódio depressivo**, que apresenta como sintomas, o humor deprimido, a perda de interesse e/ou do prazer e minoração da energia; dependendo do número dos sintomas presentes e da sua gravidade, pode ser categorizada como ligeira, moderada ou grave;

b) **Distímia**, que consiste numa forma persistente ou crónica de uma depressão ligeira; os sintomas são idênticos aos da perturbação depressiva major, mas tendencialmente são menos intensos e prolongam-se por mais tempo.

A depressão caracteriza-se como um indicador de enorme preocupação universal relacionada com a saúde, pelo que, segundo a World Health Organization (WHO) (2008), encontra-se entre os que mais contribuem para a carga global de doenças, dado que a depressão afeta uma grande parte da população, estimando-se segundo o estudo de Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas e Walters (2005), uma prevalência de 16,6%, sendo ainda altamente recorrente. Supõe-se que em 2020 a depressão seja a segunda causa de incapacidade no mundo.

Em termos mundiais, a depressão é mais prevalente no género feminino (5,1%) do que no masculino (3,6%). As taxas de prevalência oscilam consoante a idade, alcançando o pico na idade adulta mais avançada (acima de 7,5% entre as mulheres com 55-74 anos e acima de 5,5% entre os homens). No entanto, a depressão também ocorre em crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, mas num nível mais baixo do que nos grupos etários mais velhos e com formas de apresentação indiretas (alterações do comportamento, do sono ou do apetite; dificuldade de concentração) (DGS, 2017). Sabe-se ainda, que existe uma maior taxa em pessoas divorciadas, solteiras e separadas (Saraiva & Cerejeira, 2014).

O número total estimado de pessoas que vivem com depressão sofreu um aumento de 18,4% entre 2005 e 2015, sendo isto reflexo do crescimento da população global assim

como do aumento proporcional nos grupos etários em que a depressão é mais prevalente (DGS, 2017).

### 6.1 – DEPRESSÃO NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

A depressão afeta cada vez mais os estudantes portugueses particularmente com incidência no final do ensino secundário e início do ensino superior. A própria natureza da adolescência, um estado entre dois paradigmas (não sou criança mas também não sou adulto), contribui para exacerbar este sentimento, assim como, as dificuldades atuais do adolescente e, sobretudo, as dificuldades pela exigência da escola e do futuro: (entrar para a universidade, lidar com colegas e professores, arranjar um emprego) são condições que podem privilegiar o estado depressivo (Mota, 2007). Estes aspetos, juntamente com a necessidade de integração num novo ambiente, com diferentes pessoas e com o aumento dos convites para saídas noturnas e festas, pode advir uma grande dificuldade em definir prioridades resultando em fadiga prolongada e baixo rendimento (Mota 2007).

O aumento dos sintomas de depressão provoca tendencialmente a diminuição da capacidade de concentração, da motivação e da energia física e mental que são fundamentais para a realização das tarefas académicas. Além disto importa salientar as alterações do sono, a baixa autoestima e autoavaliação negativa que na sua maioria acompanham a depressão e também afetam o desempenho académico (Merrel, 2008). O isolamento e o baixo desempenho académico podem representar características importantes, no entanto, é raro serem a razão para que procurem ajuda ou para que esta seja oferecida (Royal college of psychiatrists, 2006).

O estudo de Santos (2011) com 666 estudantes do 1º ciclo da Universidade de Aveiro verificou que 15% dos estudantes apresentavam sintomatologia depressiva. Outro estudo nacional realizado por Santos, Veiga, e Pereira (2012) com 666 estudantes da Universidade de Aveiro revelou que 15% apresentavam depressão sendo 11% ligeira e 4% moderada e severa.

As consequências desta patologia nos estudantes do ensino superior são diversas, nomeadamente, a dificuldade na resolução das tarefas desenvolvimentais, a suscitação de uma deterioração no desempenho académico (com conseqüente aumento da probabilidade de abandono escolar), aumento do risco de ansiedade e de dificuldades interpessoais (Eisenberg, Gollust, Golberstein & Hefner, 2007)

Relativamente ao género verificou-se que existe uma maior prevalência da depressão nas mulheres do que nos homens (Santos, 2011), resultados corroborados em outros estudos (Claudino & Cordeiro, 2006; Neves & Dalgalarrodo, 2007; Paula, Borges, Bezerra, Parente, Paula, Wajnsztejn, Carvalho, Valenti, & Abreu, 2014).

Vários estudos (Al-Faris, Irfan, Van der Vleuten, Naeem, Alsalem, Alamiri, Alraiyes, Alfowzan, Alabdulsalam, Albabtainm Akjabab, Bukhari, Alsinaidi & Alofaisan, 2012; Jadoon, Yaqoob, Raza, Shehzad & Zeshan, 2010) têm demonstrado que o género feminino é um fator de risco significativo para a depressão ao nível da população universitária mas também da população em geral.

As mulheres apresentam o dobro da probabilidade de desenvolverem depressão comparativamente com os homens (Jadoon et al., 2010). Este aspeto pode estar relacionado com as exigências demonstradas pela sociedade atual e o facto do género feminino ao atingir a maturidade de forma mais precoce em relação ao género masculino, devido ao seu desenvolvimento físico e psíquico mais rápido, encara as exigências da sociedade com mais responsabilidade (Claudino & Cordeiro, 2006).

As mulheres atualmente além de acumularem atividades académicas e laborais exercem vários papéis incluindo a maternidade e responsabilidades no lar. Apresentam ainda uma maior predisposição a alterações de humor resultantes de influências hormonais, explicando em parte esta predisposição para a depressão (Brandtner & Bardagi, 2009).

No que concerne à mudança de residência, os estudantes que mudaram de conselho de residência apresentam níveis de depressão mais elevados que os estudantes não deslocados (Santos, 2011) confirmado também por outros estudos (Claudino & Cordeiro, 2006; Hafen, Reisbig, White & Rush, 2006). Pode estar relacionado com fatores de ordem emocional e de suporte social quando os estudantes deslocados não recebem o apoio necessário, nomeadamente da família (Claudino & Cordeiro, 2006). Além disso, esta situação também pode ser esclarecida pelo conceito de *homesickness* que está relacionado com a depressão, podendo ser considerado como um preditor da depressão ou como depressão reativa a saída de casa (Hafen et al., 2006).

Os resultados do estudo de Vesquez e Blanco (2008) sugerem que os recursos terapêuticos e as medidas preventivas devem considerar os estudantes universitários como uma população de risco relativamente elevado de depressão maior. Professores e estudantes devem apresentar uma maior consciência da ameaça de depressão, e

devem ser tomadas medidas para a minimizar, incluindo medidas destinadas a promover a sensibilização para a depressão como uma doença, e não um estigma.

## **7 – RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL E PSQUIATRIA**

A prevenção da doença mental e a promoção da saúde mental são essenciais ao indivíduo. A saúde mental é “um estado de bem-estar no qual a pessoa realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stresse normal da vida, trabalhar de forma frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (WHO, 2001, p.4).

As doenças mentais geralmente são ocasionadas pela interação desencadeada entre os genes e o meio ambiente, existindo uma dificuldade em prever a sua evolução, no entanto, é de extrema importância o papel da prevenção primária, secundária e terciária. Uma pessoa ao desenvolver uma doença mental irá sofrer repercussões, como o sofrimento emocional da pessoa, mas também repercussões no meio familiar, no meio laboral, no meio social, a própria sociedade e por último, até mesmo na macroeconomia do país. É também comum o estigma e outros comportamentos de discriminação que podem gerar um sofrimento prolongado no tempo (Saraiva & Cerejeira, 2014).

### **7.1 – NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO E NA PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA**

Um papel fundamental do enfermeiro é ajudar as pessoas a viverem as suas transições encontrando-se geralmente mais vulneráveis a riscos que poderão afetar a sua saúde e bem-estar (Meleis, 1991).

Os enfermeiros são agentes facilitadores dos utentes e famílias que experienciam transições, sendo capazes de intervir perante as mudanças e exigências que se repercutem no quotidiano das mesmas (Meleis & Trangenstein, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

O desafio para os enfermeiros consiste em compreender o processo de transição tendo em conta a perspectiva de quem a vivência e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas com o objetivo de oferecer estabilidade e bem-estar (Meleis, 1991). Pretende-se que através da transição vivida o outro seja capaz de adquirir conhecimentos e saber agir perante esta ou viver com ela de forma equilibrada (Meleis, 1991).

É por isso obrigatória a adoção de uma verdadeira relação de ajuda, ou seja, sermos capazes de ouvir o outro, aceitar e compreender as suas experiências e os significados que atribuí ao seu percurso (Collière, 2003).

A relação de ajuda, expressa a necessidade de olhar para o cliente numa perspetiva holística, sendo para Chalifour (1989, p.18) “dar e receber não esquecendo o objeto dos cuidados, a pessoa no seu todo”. Cuidar é, numa perspetiva de saúde, ir ao encontro de outra pessoa, acompanhando-a no seu processo de promoção da saúde. É portanto, mais do que prestar cuidados, exige “uma atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a contribuir para o seu bem-estar (...) utilizando as competências profissionais” (Hesbeen, 2000, p.10).

Phaneuf (2005, p.324) descreve a relação de ajuda como:

“uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade (...) permite à pessoa compreender a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal (...) ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte”.

Importante salientar a importância do EESMP, em que a American Psychiatric Nurses Association afirma que a enfermagem de saúde mental se trata de “uma área especializada da prática de enfermagem que emprega as teorias do comportamento humano como sua ciência e o uso propositado de si próprio como arte” (2008, p.36).

Este uso de si próprio está presente em toda a prática de enfermagem, mas é mais evidente na enfermagem de saúde mental onde a utilização do Eu e da relação como instrumentos terapêuticos são uma constante necessidade que em outras áreas de enfermagem não se manifesta de uma forma tão óbvia. O autoconhecimento e a autoconsciência são assim competências que importam desenvolver para estabelecer relações de ajuda com os clientes, que se pretendem congruentes, empáticas e de aceitação incondicional do outro (Rogers, 2009)

Os enfermeiros ao prestarem ajuda e ao auxiliarem o desenvolvimento de competências dos utentes para que consigam superar a transição também atingem um nível de funcionamento e de conhecimento acerca da forma como podem mobilizar a sua energia e os recursos do meio envolvente (Schumacher & Meleis, 2010).

São vários os conceitos que acompanham a teoria das transições e que são também a base do enquadramento conceptual e do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE). Segundo o REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 3) (Artigo 4º, ponto 3), o enfermeiro especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. O enfermeiro especialista deve ainda reger-se pelo Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 2) que esclarece que este tem “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”. Neste sentido, e tendo por base a introdução do conceito de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010), pode-se compreender que este é transversal nos documentos normativos que regulam a profissão de enfermagem em Portugal, sendo sensíveis aos conceitos basilares da essência da enfermagem (pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem), o que potencializa a prestação de cuidados do enfermeiro especialista.

Relativamente à promoção da autoestima salienta-se a importância do EESMP em que este deve estar desperto para dados relevantes para o diagnóstico de enfermagem, nomeadamente, observar sinais e sintomas/verbalização de auto-estima baixa, a não-aceitação de limitações a despreocupação pelos outros, o evitamento para participar em actividades, o baixo nível de confiança, a não valorização de elogios, o escasso orgulho próprio, entre outros. No entanto, o score obtido através de uma escala de autoestima permitirá uma avaliação mais rigorosa (Sequeira, 2006).

Através desta avaliação é possível implementar diferentes intervenções nomeadamente (Sequeira, 2006): **promover participação em actividades de distração** (música, ler, escrever,...); incentivar a participação em actividades; proporcionar estratégias de socialização progressiva encorajando a participação em actividades de grupo (não competitivas); reforçar de forma positiva os progressos prececionados,...); **Promover a auto-estima** (explorar os motivos para o autocrítico; ajudar a identificação de capacidades; analisar a relação entre os sentimentos e a realidade; referir pontos positivos/qualidades e enumerar êxitos; ajudar a identificar as respostas positivas dos outros,...); **melhorar o autoconhecimento** (encorajar a pessoa a falar de si; motivar a pessoa a identificar os valores que contribuem para o conceito de si próprio; discutir

sentimentos ambivalentes; incentivar a pessoa a verbalizar aspectos positivos sobre si; ajudar a tomar consciência das suas frases negativas,...) (Sequeira, 2006);

Além disto, é importante ainda o planeamento e execução da reestruturação cognitiva, em que perante as diferentes mudanças que a pessoa necessita de implementar para melhorar a sua autoestima, uma delas consiste em aprender a respeito de si e dos outros, três aspetos (McKay & Fanning, 1992, como referido por Sequeira, 2006):

- **Compreender:** a pessoa necessita de perceber porque é que atua de determinada forma perante determinada situação, preparando a pessoa para alterar as suas atitudes e sentimentos, dado que compreende-se a si própria, constituindo um princípio de ajuda.
- **Aceitar-se a si próprio:** a pessoa ao se reconhecer perfeitamente em determinadas facetas não executa juízos de valor ou toma atitudes depreciativas. Por outro lado, aceitar os outros implica que as pessoas, por mais estranhas que pareçam, têm o direito de serem diferentes pela sua genética e também pelas histórias pessoais de desenvolvimento.
- **Perdoar:** a pessoa que é capaz de compreender e aceitar, está preparada para perdoar o passado e assumir uma atitude de respeito pelo presente e pelo futuro. Ao perdoar o passado, a pessoa sente a necessidade de aprender a desprender-se de antigos inimigos psicológicos nomeadamente: sentimento de culpa, de autoacusaçã, de vergonha, que para nada servem a não ser como indicadores de alguma coisa que não deve ser repetida.

Uma outra noção relacionada com a autoestima consiste na autoimagem ideal. A autoimagem real refere-se à pessoa tal como ela é, no entanto, esta pode recriar em imaginação a sua autoimagem ideal, relacionada com as qualidades que desejaria ter, em determinados contextos, podendo tornar-se um recurso que facilita a pessoa a ultrapassar dificuldades específicas (Sequeira, 2006).

É importante que a pessoa defina objetivos na vida permitindo que se sinta psicologicamente mais realizada e consiga antecipar as exigências previstas no futuro. Estes objetivos devem ser realistas, ou seja, devem apresentar uma grande probabilidade de serem alcançados, através do seu esforço e aptidões. Importa salientar que na definição destes objetivos, se deva moderar a pessoa para que não estabeleça demasiados objetivos para um curto período de tempo, dado que é fundamental que o seu esforço resulte em êxito (Sequeira, 2006).

Por último, será útil supervisionar a frequência de autoavaliações negativas e supervisionar os níveis de autoestima de forma regular (Sequeira, 2006).

## 7.2 – NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA

A saúde mental e a doença mental são determinadas pela interação de múltiplos fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo-se salientar alguns fatores como insegurança e falta de esperança, mudanças sociais repentinas ou radicais, riscos de violência física, comportamentos de risco, podendo estes explicar esta relação e a maior vulnerabilidade do indivíduo (Patel e Kleinman, 2003).

A interação entre os determinantes de saúde, comportamentos e saúde mental é complexa em todas as fases da vida da pessoa, uma dessas fases é a escolar onde, essencialmente no ensino superior, existe evidência de problemas de saúde mental relacionados com o consumo de álcool, o consumo de drogas, atos de violência, insucesso académico e abandono escolar. A exposição a ambientes e experiências negativas ou pouco saudáveis vivenciadas aumenta o risco de morbidade psiquiátrica, especialmente se esses fatores se acumulam logo na infância e adolescência (Holland, Berney, Blane, Davey Smith, Gunnell & Montgomery, 2000).

Nos jovens a depressão e a baixa autoestima estão associados ao tabagismo, ao abuso do consumo de álcool, às perturbações alimentares, às relações sexuais sem proteção, o que os insere num grupo de risco para doenças como as sexualmente transmissíveis, as doenças hepáticas ou as cardíacas (Patton, Carlin, Coffey, Wolfe, Hibbert & Bowes, 1998; Ranrakha, Caspi, Dickson, Moffitt & Paul, 2000).

A promoção da saúde pode ser compreendida como um conjunto de ações que tem como objetivo tratar uma variedade de determinantes modificáveis da saúde e que incluem ações que permitam às pessoas adotar e manter uma vida saudável e gerar condições de vida e ambientais que sirvam de base e suporte para a saúde. É eficiente na prevenção de doenças e riscos relacionados com o comportamento como, por exemplo, na ajuda na prevenção do tabagismo, gravidez não desejada ou doenças sexualmente transmissíveis ou o alcoolismo (WHO, 1998).

O impacto produzido pela promoção da saúde mental evidencia resultados positivos e também comprovados a nível psicológico mas também a nível físico e a nível das condições ambientais ou sociais. A interligação entre estas três valências (físicas, psicológicas e ambientais ou sociais) é importante quando se pretende desenvolver estratégias de promoção da saúde, uma vez que, estas conseguiram atingir uma maior

eficácia ao apresentar uma perspectiva psicossocial, dinâmica e complexa da doença e da saúde (Manderscheid, Ryff, Freeman, McKingh-Eily, Dhingra & Strine, 2010).

A psicoeducação caracteriza-se por transmitir à pessoa informações sobre o seu diagnóstico (etiologia, prognóstico, percurso da doença, ensinar a pessoa/família a identificar os sinais precoces de uma crise, necessidade de aderir ao tratamento, necessidade de promover hábitos saudáveis e como lida com a possível estigmatização, dúvidas) (Vieta, 2006, como referido por Bravo, 2016).

O principal objetivo é oferecer uma abordagem teórico-prática que permita a compreensão do mecanismo da patologia. Apresenta um papel essencialmente educativo e aparece desde o início até ao final do tratamento. O papel do EESMP é educar e familiarizar a pessoa em relação aos seus problemas e patologia, permitindo uma melhor possibilidade de tratamento, uma diminuição da sintomatologia e a prevenção de recaídas, o que resulta em melhor qualidade de vida pelo aumento da autoestima e do bem-estar, pela diminuição do sofrimento relacionado à doença, da redução do estigma e da culpa, e pelas mudanças no estilo de vida que induzam ao stress (Moreno, 2008, como referido por Bravo, 2016).

A promoção da saúde mental centra-se então na saúde mental positiva e na construção de competências, recursos e pontos fortes do indivíduo, enquanto a prevenção das perturbações mentais direciona-se para doenças concretas e apresenta como objetivos a redução da incidência, prevalência ou gravidade das perturbações mentais (Barry, 2001).

Todos os profissionais de saúde, desde a sua formação, têm conhecimento que uma das principais bases da saúde é a prevenção e por isto, é importante que estes, e com especial incidência os especialistas em Saúde Mental, deverão estar incluídos na prevenção das doenças assim como trabalhar com e nas comunidades, especialmente as com maior vulnerabilidade, no sentido de, promover a consciencialização da saúde mental e auxiliar na alteração dos comportamentos menos saudáveis (Herman, Saxena, Moodie & Walker, 2005). Neste sentido, torna-se pertinente salientar a importância do EESMP mais especificamente, as suas intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2018):

- Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos;
- Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados;

- Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.

Existe um reduzido número de estudantes que procuram os serviços de apoio disponibilizados à procura de ajuda e são ainda menos os que identificam estar em risco e/ou em sofrimento, pelo que é crucial o envolvimento dessas instituições de ensino superior na prevenção, no encaminhamento e na promoção da Saúde Mental. Um dos principais obstáculos é o estigma da doença mental assim como a incapacidade em reconhecer (e aceitar) que se tem um problema psicológico (Rosenthal e Wilson, 2008) ou as crenças que alguns comportamentos não constituem um risco. Além disto, salienta-se a preocupação com a confidencialidade, finanças e o receio de que aceitar que eles não estão bem signifique que não podem alcançar uma vida produtiva. Estas preocupações podem fazer com que os estudantes guardem os seus problemas emocionais para si, reforçando o estigma e tornando a vida muito mais difícil do que o necessário (Tartakovsky, 2008).

É essencial que existam programas de psicoeducação para a saúde para combater a iliteracia em saúde mental dos estudantes e também da equipa de profissionais que circundam os estudantes (docentes, funcionários administrativos, pessoal de apoio, vigilantes de residências universitárias) e, essencialmente, os seus pares. Muitos dos problemas de saúde mental, como a depressão e ansiedade, o abuso do consumo de álcool e de substâncias psicoativas ilícitas, condicionam a procura de ajuda e promovem o isolamento, existindo a necessidade que as pessoas que o rodeiam estejam atentas aos sinais (Rickwood, Deane e Wilson, 2007).

Uma população que merece atenção acrescida são os estudantes da área da saúde, pelo que, estes apresentam com maior frequência incertezas e ansiedade (Carvalho, Pelloso & Valsecchi, 1999, como referido por Garro, Camilo & Nóbrega, 2006).

Durante os cursos superiores de saúde, como o caso da enfermagem, existe um processo de desenvolvimento, no qual o estudante deve aprender a lidar:

- Com sentimentos de vulnerabilidade;
- Com a gestão das crescentes informações;
- Com o planeamento da carreira profissional;
- Com o stresse derivado dos estágios práticos (fadiga, pacientes difíceis);
- Com problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional;

- Com o stress gerado pelas características individuais e situações pessoais (vulnerabilidades psicológicas, situação socioeconómica, problemas familiares, situações stressantes representadas pela busca de independência e autonomia em relação aos pais, conflitos entre os trabalhos académicos e lazer, conflitos ligados aos relacionamentos afetivos), assim como, o desgaste devido ao contacto com pessoas doentes e com a morte (Garro et al, 2006).

A experiência vivenciada no estágio pelos estudantes dos cursos de saúde, interligada com a realidade individual, pode proporcionar uma situação ameaçadora (Garro et al, 2006).

As escolas superiores de saúde têm uma responsabilidade aumentada em abordar as necessidades de saúde mental dos estudantes das suas instituições com o intuito de melhorar o desempenho académico dos estudantes prevenindo comportamentos de risco e o abandono escolar (Royal college of Psychiatrics, 2006). É importante implementar ações permanentes e específicas individuais com o intuito de:

- a) Criar redes de apoio entre estudantes e docentes;
- b) Realizar cursos fornecidos por pessoal especializado para dotar docentes e pais na identificação precoce da doença mental;
- c) Encaminhar para psicólogos que estimulem a capacidade do estudante em gerir situações stressantes;
- d) Contar com mais especialistas na Instituição para uma gestão integral dos casos graves (Pereira, 2009).

Os programas de promoção e educação para a saúde devem continuar além do ensino básico e secundário, com acentuado reforço, nas instituições de ensino superior (WHO, 1999, 2001). Essencialmente para que seja possível evitar ou prevenir a adoção de comportamentos de risco ou prejudiciais para a saúde (Precioso, 2004) uma vez que alguns estudantes vão iniciar relações com pessoas com hábitos diferentes e de risco e que poderão ser influenciados: fumar, beber, consumir drogas, assumir comportamentos sexuais não protegidos. O contacto com estes fatores apresenta um forte impacto e evidenciam-se com maior intensidade nos estudantes que se ausentaram da vigilância do ambiente familiar, podendo-se referir que esta transição para o novo meio académico compreende, em muitos jovens, um facto de risco (Precioso, 2004).

## **CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO**

### **2 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

A investigação científica é constituída por procedimentos sistemáticos e rigorosos que permitem o alcance do conhecimento. Na fase metodológica o investigador define quais os procedimentos que irá utilizar no sentido de alcançar respostas às questões de investigação e validar as hipóteses (Fortin, 2009).

#### **2.1 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

Uma questão de investigação é um enunciado que precisa os conceitos a examinar, específica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, 2009).

Neste estudo define-se como questão de investigação: Qual a influência da autoestima no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade, stresse e depressão nos estudantes da licenciatura em enfermagem?

#### **2.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO**

Os objetivos de investigação indicam qual o fim que o investigador segue (Fortin, 2009). Assim definem-se os seguintes objetivos:

- Compreender a influência da autoestima no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade, stresse e depressão nos estudantes da licenciatura de enfermagem;
- Sensibilizar para a importância do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria no processo de transição, na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental;
- Sensibilizar os estudantes da licenciatura de enfermagem para a possível necessidade de intervenção no âmbito da saúde mental e psiquiatria.

#### **2.3 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO**

Tendo em vista a natureza desta investigação, este estudo é observacional (não existe uma intervenção, mas sim, um desenvolvimento de procedimentos que possibilitarão a descrição dos acontecimentos que ocorrem de forma natural e quais os seus efeitos nos sujeitos em estudo).

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, pelo que os dados numéricos permitem obter conhecimento de carácter objetivo relativamente à variável em estudo e onde os dados numéricos recolhidos através de instrumentos de recolha de dados tem como característica comum serem reduzidos a apenas um número, podendo ser representativo de uma entidade abstrata. Este apresenta ainda um carácter descritivo transversal pelo que focam-se geralmente em um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 2010).

É do tipo correlacional, dado que, se pretende relacionar variáveis, neste caso a variável dependente com as variáveis independentes (Ribeiro, 2007).

#### 2.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2009, p.69), a população é “(...) um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns.” A população compreende os estudantes da licenciatura de enfermagem de uma escola superior de enfermagem a frequentar o 1º ano no ano letivo 2018/2019.

“A amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira.” (Fortin, 2009, p.310).

Fortin (2009, p.321, como referido por Fonseca, 2010) considera que “a amostragem acidental consiste em escolher indivíduos, pela sua presença, num local determinado e num preciso momento.”

A amostra abrange 66 estudantes do 1º ano da licenciatura de enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem, por amostragem acidental. Consideraram-se como critérios de exclusão da amostra: a não comparência para o preenchimento do instrumento de recolha de dados (n = 4).

#### 2.5 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados corresponde à recolha de informação através do recurso a instrumentos de medida escolhidos para este fim. A aplicação de um instrumento de recolha de dados tem por finalidade a obtenção de dados sobre circunstâncias, situações conhecidas, atitudes, comportamentos e outros aspetos (Fortin, 2009, como referido por Fonseca, 2010).

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo abrange: uma nota introdutória que explica o âmbito e os objetivos do estudo, assim como fornece instruções de preenchimento e salienta a garantia da confidencialidade; a recolha de dados para a caracterização da amostra (idade, género, estado civil, concelho de

residência, instituição de ensino eleita como primeira opção, com quem reside no período de aulas, rendimento familiar mensal, escolaridade do pai, escolaridade da mãe, apoio de terceiros nesta etapa); e escalas de avaliação (ASSIST - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse, versão de 21 itens e RSES - Roseberg Self Esteem Scale).

- **ASSIST - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test**

O ASSIST foi desenvolvido sob os auspícios da OMS, por uma organização internacional de investigadores e clínicos em resposta ao problema de saúde pública associada ao consumo de substâncias psicoativas em todo o mundo. Foi desenvolvido para que fosse culturalmente neutro e possibilitasse a sua aplicação no âmbito dos cuidados de saúde primários, possibilitando uma deteção precoce das seguintes substâncias: tabaco, álcool cannabis, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, alucinogénios, inalantes, opióides e outras substâncias. É um instrumento de recolha de dados desenvolvido para ser aplicado por profissionais de saúde ao utente, demorando em média 5 a 10 minutos para o seu preenchimento (WHO, 2010).

Esta escala foi validada para a população portuguesa mais concretamente, para os estudantes universitários, através do estudo recente de Mostardinha, Bártolo, Bonifácio e Pereira (2019) tendo sido aplicado a 338 estudantes da Universidade de Aveiro com uma idade média de 20,6 anos, apresentando a escala características psicométricas satisfatórias, mostrando ser uma ferramenta confiável para avaliar consumos de risco em estudantes universitários.

Dada a disponibilidade do ASSIST *online* não houve necessidade de elaborar um requerimento para a sua utilização.

O ASSIST determina a pontuação para cada substância, variando entre baixo, médio ou alto risco, que determina a intervenção mais apropriada para esse nível de uso (“sem intervenção”, “intervenção breve”, “referenciação para avaliação e tratamento especializado”). Todas as informações recolhidas são referentes ao uso de substâncias psicoativas nos últimos três meses. A cotação do ASSIST é apresentada no quadro 1:

Quadro 1 - scores obtidos através do ASSIST e caracterização dos níveis de risco (WHO, 2010)

| Substâncias                        | Nível de risco  | O que significa cada nível de risco   |
|------------------------------------|---|---|
| Tabaco                             | 0 – 3 (baixo risco)<br>4 – 26 (moderado risco)<br>27+ (elevado risco)   | <p>Baixo risco: baixo risco de saúde e de outros problemas decorrentes do padrão de uso de substâncias psicoativas.</p> <p>Moderado risco: moderado risco de saúde e de outros problemas decorrentes do padrão de uso de substâncias psicoativas</p> <p>Elevado risco: alto risco de desenvolvimento de problemas graves (saúde, sociais, financeiros, legais e relacionais) como resultado do padrão de uso de substâncias psicoativas, existindo possivelmente dependência.</p> |
| Alcool                             | 0 – 10 (baixo risco)<br>11 – 26 (moderado risco)<br>27+ (elevado risco) |   |
| Cannabis                           | 0 – 3 (baixo risco)<br>4 – 26 (moderado risco)<br>27+ (elevado risco)   |   |
| Cocaína                            | 0 – 3 (baixo risco)<br>4 – 26 (moderado risco)<br>27+ (elevado risco)   |   |
| Estimulantes do tipo anfetamina    | 0 – 3 (baixo risco)<br>4 – 26 (moderado risco)<br>27+ (elevado risco)   |   |
| Inalantes                          | 0 – 3 (baixo risco)<br>4 – 26 (moderado risco)<br>27+ (elevado risco)   |   |
| Ansiolíticos/sedativos /hipnóticos | 0 – 3 (baixo risco)<br>4 – 26 (moderado risco)<br>27+ (elevado risco)   |   |
| Alucinogénios                      | 0 – 3 (baixo risco)<br>4 – 26 (moderado risco)<br>27+ (elevado risco)   |   |
| Opióides                           | 0 – 3 (baixo risco)<br>4 – 26 (moderado risco)<br>27+ (elevado risco)   |   |
| Outras                             | 0 – 3 (baixo risco)<br>4 – 26 (moderado risco)<br>27+ (elevado risco)   |   |

- **EADS-21 – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, versão de 21 itens**

A Depression Anxiety Stress Scale (DASS), desenvolvida por Lovibond e Lovibond em 1995, é designada em português por Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse

(EADS), versão de 21 itens. Os autores da escala criaram uma escala que, teoricamente, se propunha abranger a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos, e que providenciasse uma discriminação máxima entre estes dois constructos. A validação fatorial desta escala evidenciou um novo fator que compreendia os itens menos discriminativos (dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação) das duas dimensões, a ansiedade e a depressão. Este novo fator foi denominado de “stresse” (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Ribeiro et al. (2004). Participaram neste estudo 200 sujeitos (162 raparigas e 38 rapazes), estudantes de Psicologia dos três primeiros anos, com idade variando entre os 18 e 23 anos ( $M = 19,79$ ), que constituíram uma amostra de conveniência. Dado que não foram encontradas diferenças significativas entre os dois sexos, nas três escalas, a amostra foi tratada como um único grupo.

A EADS-21 organiza-se em três subescalas (Depressão, Ansiedade e Stress), pelo que em cada escala incluem-se vários conceitos (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

Estas três subescalas são constituídas por sete itens cada, perfazendo um total de 21 itens, pelo que em cada afirmação deve-se pedir ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, que são apresentadas numa escala tipo likert. Os estudantes avaliam a forma em que vivenciam cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade/frequência: “não se aplicou nada a mim (0)”, “aplicou-se a mim algumas vezes (1)”, “aplicou-se a mim muitas vezes(2)”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes (3)” (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. Os resultados de cada subescala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três cotações, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As cotações mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. Os itens da EADS de 21 itens foram selecionados de modo que possa ser convertida nas cotações da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

- **Ronserberg Self-Esteem Scale (RSES)**

A Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) foi desenvolvida por Morrins Rosenberg (1965) para avaliar a auto estima global. É a escala de avaliação global da auto-estima mais

usada na investigação em psicologia (Blascovich & Tomaka, 1991; Keith & Bracken, 1996). Foi validada para a população portuguesa por Santos (2008).

A cotação dos itens não oferece dificuldades, pelo que os itens de orientação positiva (itens 1, 3, 4, 7 e 10), no total de 5 itens, são cotados da seguinte forma: concordo fortemente 4; concordo 3; discordo 2; discordo fortemente 1. Os itens de orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8 e 9), no total de 5 itens, são cotados da seguinte forma: concordo fortemente 1; concordo 2; discordo 3; discordo fortemente 4. Os scores totais podem variar entre 10 e 40, com resultados mais elevados a evidenciarem níveis mais altos de autoestima (Santos, 2008). A autoestima foi classificada segundo uma escala de 3 níveis com os seguintes scores: Baixa autoestima (score=21), média autoestima (>score 21 a <score 31) e alta autoestima (>score31).

## 2.6 – VARIÁVEL DEPENDENTE/VARIÁVEIS INDEPENDENTES

A variável dependente de acordo com Fortin (2006), também denominada variável critério ou variável explicada, é aquela que sofre o efeito da variável independente.

As variáveis dependentes deste estudo são: consumo de substâncias; ansiedade; stresse; e depressão.

A variável independente ou variável experimental é a que o investigador manipula no estudo e é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente. Esta relação forma a base da predição e exprime-se pela formulação de hipóteses (Fortin, 2006).

Neste estudo, a variável independente é a autoestima do individuo.

Selecionaram-se ainda outras variáveis, nomeadamente:

- **Variáveis sociodemográficas** (idade, género, estado civil, concelho de residência, com quem reside no período de aulas, rendimento familiar mensal);
- **Variáveis situacionais:** instituição de ensino eleita como primeira opção, escolaridade do pai, escolaridade da mãe, apoio de terceiros nesta etapa.

## 2.7 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A hipótese é um enunciado geral de relações entre variáveis, pronunciado como uma solução temporária para um problema específico, apresentando um carácter preditivo ou explicativo, conciliável com o conhecimento científico e divulgando uma atribuição lógica sendo passível de verificação empírica nas suas consequências (Lakatos e Marconi, 2001). Para este estudo foram definidas as hipóteses:

- H1 - Há relação entre as características sociodemográficas (idade, género, estado civil, concelho de residência, com quem reside no período de aulas, rendimento familiar mensal) e a autoestima nos estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem;
- H2 – Há relação entre a autoestima e o consumo de substâncias nos estudantes dos estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem;
- H3 – Há relação entre a autoestima e a ansiedade, stresse e depressão nos estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem.

## 2.8 – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Após a recolha de dados, é necessário organizar a informação para que seja possível realizar a sua análise, para isto, recorre-se a técnicas estatísticas que permitem descrever a amostra e as variáveis (Fortin, 2009).

O tratamento dos dados é realizado utilizando o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

O tratamento estatístico compreende a estatística descritiva e testes não paramétricos. Quanto à estatística descritiva esta abrange frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão (máximo, mínimo e desvio padrão). Recorre-se ainda aos testes estatísticos de acordo com as variáveis em estudo, nomeadamente o Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS), correlação de spearman e teste de Kruskal-Wallis. A apresentação dos resultados realiza-se por quadros e tabelas e a sua respetiva descrição.

## 2.9 – PRINCIPIOS ÉTICOS

Nesta investigação asseguram-se os cinco principais princípios do Código de Ética de Investigação. O direito à autodeterminação, respeitando o direito da pessoa decidir por ela própria. Tendo em conta este direito, os questionados devem ser informados sobre a importância da sua participação neste estudo, deixando explícito que são livres de decidir se querem ou não participar. Deve-se zelar também, pelo direito à intimidade, pelo que se deve fazer referência à liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação e se aceita partilhar informações íntimas e privadas. Existe ainda o direito ao anonimato e confidencialidade e o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, no entanto, neste estudo não se prevêem riscos de ordem física, psicológica, legal ou económica. Por último, deve ser respeitado o direito a um tratamento justo e equitativo, pelo que o participante tem o direito a ser informado sobre a natureza, os objetivos e a duração da investigação (Fortin, 2003).

A colheita de dados compreendeu a semana de 10 a 17 de junho de 2019, após a prévia autorização da comissão de ética, dos autores dos instrumentos de recolha de dados selecionados para este estudo e da Presidente do Conselho Diretivo da Escola Superior de Enfermagem selecionada. Contactaram-se os docentes responsáveis pelos tempos letivos onde se pretendeu aplicar o instrumento de recolha de dados, no sentido de, disponibilizarem 30 minutos desse tempo para o seu preenchimento.

Foram então salvaguardados aspetos éticos importantes salientando: colaboração voluntária; esclarecimento dos objetivos e âmbito da investigação; garantias de confidencialidade e anonimato; leitura de instruções e esclarecimento do modo de preenchimento do instrumento de recolha de dados (sempre que solicitado) e agradecimento pela colaboração prestada.

Será agendada com os participantes, uma sessão que decorrerá em sala a definir na escola superior de enfermagem, em que se dará conhecimento dos resultados desta investigação, de forma confidencial, para que seja possível sensibilizar e alertar para a possível necessidade de intervenção, salientando a importância e o papel do EESMP.

## 2.10 – ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS

O alfa de Cronbach é das medidas mais usadas para estimar a consistência interna de um grupo de variáveis; ou seja, do instrumento de recolha de dados (Fortin, 2009; Hill e Hill, 2000; Pestana e Gageiro, 2008). O valor do coeficiente de alfa de Cronbach entre 0,70-0,80 é razoável, acima de 0,80 é muito bom e quando se aproxima de 1 é considerado elevado (Almeida e Freire, 2007)

Ao analisar o quadro 2, pode-se constatar que a EADS-21 e a RSES apresentam um alfa de Cronbach global de 0,956 e 0,936 respetivamente e o ASSIST apresenta um valor mais baixo de 0,772. Apesar do valor diminuído do alfa de Cronbach do ASSIST considera-se ainda assim que os dados obtidos possuem fiabilidade.

Quadro 2 - Coeficiente alfa de Cronbach (ASSIST, EADS-21 e RSES)

| <b>Estatísticas de confiabilidade</b> |                         |          |
|---------------------------------------|-------------------------|----------|
| <b>Escalas</b>                        | <b>Alfa de Cronbach</b> | <b>n</b> |
| <b>ASSIST</b>                         | ,772                    | 70       |
| <b>EADS-21</b>                        | ,956                    | 21       |
| <b>RSES</b>                           | ,936                    | 10       |

A subescala da EADS-21 com maior fiabilidade é a subescala de depressão em que se verifica um alfa de Cronbach de 0,934. No entanto, todas as restantes subescalas apresentam elevada fiabilidade (quadro 3)

Quadro 3 - Coeficiente alfa de Cronbach (subescalas EADS-21)

| <b>Estatísticas de confiabilidade</b> |                         |          |
|---------------------------------------|-------------------------|----------|
| <b>Subescalas EADS-21</b>             | <b>Alfa de Cronbach</b> | <b>n</b> |
| <b>Subescala ansiedade</b>            | ,891                    | 7        |
| <b>Subescala depressão</b>            | ,934                    | 7        |
| <b>Subescala stresse</b>              | ,909                    | 7        |

### CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

"Na análise dos resultados, organizam-se e resumem-se os dados para que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação" (Gil, 1989, p. 160).

#### 3 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram neste estudo 66 estudantes do 1º ano da licenciatura de enfermagem de uma escola superior de enfermagem. Verificou-se que 60 estudantes (90,9%) que compõem a amostra, são do género feminino e apenas 6 elementos são do género masculino (9,1%).

A idade dos inquiridos varia entre os 18-45 anos, em que a maioria apresenta 18 anos (25%) e 19 anos (25%) (M=19,9848; DP=4,3800).

No que concerne ao estado civil, verifica-se que 64 estudantes são solteiros (as) (97%), enquanto apenas 2 estudantes são casados (as) (3%) (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o género, idade e estado civil.

|                     | n                | %                 |
|---------------------|------------------|-------------------|
| <b>Género</b>       |                  |                   |
| Feminino            | 60               | 90,9              |
| Masculino           | 6                | 9,1               |
| <b>Idade</b>        |                  |                   |
| 18                  | 25               | 37,9              |
| 19                  | 25               | 37,9              |
| 20                  | 3                | 4,5               |
| 21                  | 6                | 9,1               |
| 23                  | 1                | 1,5               |
| 24                  | 2                | 3,0               |
| 25                  | 1                | 1,5               |
| 28                  | 1                | 1,5               |
| 39                  | 1                | 1,5               |
| 45                  | 1                | 1,5               |
|                     | <b>M=19,9848</b> | <b>Dp=4,38000</b> |
| <b>Estado Civil</b> |                  |                   |
| Solteiro(a)         | 64               | 97,0              |
| Casado(a)           | 2                | 3,0               |

Quanto ao concelho de residência da amostra verifica-se que a maioria dos estudantes são de Coimbra (n=11; 16,7%), verificando-se ainda assim que existe uma ampla diversidade geográfica, pelo que os restantes estudantes provêm de diferentes concelhos de residência.

Relativamente à residência no período de aulas (tabela 2), verifica-se que na sua maioria 28 estudantes residem com amigos (42,4%), 15 estudantes residem sozinhos (22,7%) e 12 estudantes residem com os pais (18,2%).

A maioria dos estudantes (n=39; 59,1%) referiu que o rendimento familiar mensal se situa entre 1000€ e 2000 €, 17 estudantes referiram que se situava entre 500€ e 1000€ (25,8%) e 10 estudantes referiram que este é superior a 2000€ (15,2%) (tabela 2).

Relativamente à escolaridade do pai, verifica-se que a maioria dos estudantes (n=22; 33,3%) assinalou que o pai tem o 9º ano, 20 estudantes o 12º ano (30,3%), 15 estudantes a 4ª classe (22,7%) e 9 estudantes assinalaram a licenciatura (13,6%).

No que concerne à escolaridade da mãe, verifica-se que a maioria (n=28; 42,4%) tem o 9º ano, 21 estudantes assinalaram o 12º ano (31,8%), 9 estudantes a licenciatura (13,6%) e por último, 8 estudantes a 4ª classe (12,1%) (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a eleição ou não da instituição de ensino em 1ª opção, residência no período de aulas, rendimento familiar mensal, escolaridade do pai e mãe

|   | n  | %    |
|---|----|------|
| <b>A instituição de ensino foi eleita em 1ª opção</b> |    |      |
| Sim   | 41 | 62,1 |
| Não   | 25 | 37,9 |
| <b>Com quem reside no período de aulas</b>            |    |      |
| Com os pais   | 12 | 18,2 |
| Com outros familiares                                 | 2  | 3,0  |
| Com o(a) parceiro(a)                                  | 5  | 7,6  |
| Com amigos  | 28 | 42,4 |
| Sozinho   | 15 | 22,7 |
| Com outros familiares e com o parceiro(a)             | 1  | 1,5  |
| Com os pais e com outros familiares                   | 1  | 1,5  |
| Com amigos e com o parceiro(a)                        | 1  | 1,5  |
| Com os pais e com amigos                              | 1  | 1,5  |
| <b>Rendimento mensal familiar</b>                     |    |      |
| 500€ - 1000€  | 17 | 25,8 |
| 1000€ - 2000€   | 39 | 59,1 |
| > 2000€   | 10 | 15,2 |
| <b>Escolaridade do pai</b>                            |    |      |
| 4ª classe   | 15 | 22,7 |
| 9º ano  | 22 | 33,3 |
| 12º ano   | 20 | 30,3 |
| Licenciatura  | 9  | 13,6 |
| <b>Escolaridade da mãe</b>                            |    |      |
| 4ª classe   | 8  | 12,1 |
| 9ª ano  | 28 | 42,4 |
| 12º ano   | 21 | 31,8 |
| Licenciatura  | 9  | 13,6 |

Por último, relativamente ao apoio percebido pelos estudantes, 21 estudantes referem o apoio dos pais, outros familiares e amigos (31,8%); 11 estudantes referem o apoio dos pais, outros familiares, pelo parceiro (a) e por amigos (16,7%); 3 estudantes referem que não se sentem apoiados (4,5%).

### 3.1 – AUTOESTIMA

Os resultados da *Rosenberg Self Esteem Scale* (RSES) (tabela 3) mostram que 19,7% dos estudantes (n=13) revelam scores de baixa autoestima, 48,5% dos estudantes (n=32) apresentam uma autoestima média e 31,8% dos estudantes (n=21) apresentam uma alta autoestima. A média verificada foi de 27,4545 (autoestima média).

Tabela 3 – Score RSES

| RSES Score | Score<21<br>Baixa autoestima |      | Score>21 e score<31<br>Média autoestima |       | Score>31<br>Alta autoestima |       |
|------------|------------------------------|------|---|-------|-----------------------------|-------|
|            | n                            | %    | n                                       | %     | n                           | %     |
|            | 13                           | 19,7 | 32                                      | 48,5% | 21                          | 31,8% |

### 3.2 – CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

Os resultados obtidos através do instrumento ASSIST revelam que as substâncias com consumo de moderado risco são as seguintes: tabaco, álcool, cannabis, estimulantes do tipo anfetamina, ansiolíticos/sedativos/hipnóticos e outras substâncias. O álcool apresenta a maior frequência em consumo de moderado risco (n=48; 72,7%), seguindo-se o tabaco (n=18; 27,3%), a cannabis (n=11; 16,7%), os ansiolíticos/sedativos/hipnóticos (n=6; 9,1%) e outras substâncias (n=2; 3%) (tabela 4).

Tabela 4 - Score ASSIST

| SCORE ASSIST                       | Baixo risco |      | Moderado risco |      | Elevado risco |   |
|------------------------------------|-------------|------|----------------|------|---------------|---|
|                                    | n           | %    | n              | %    | n             | % |
| Tabaco                             | 48          | 72,7 | 18             | 27,3 | -             | - |
| Álcool                             | 18          | 27,3 | 48             | 72,7 | -             | - |
| Cannabis                           | 55          | 83,3 | 11             | 16,7 | -             | - |
| Cocaína                            | 66          | 100  | -              | -    | -             | - |
| Estimulantes                       | 65          | 98,5 | 1              | 1,5  | -             | - |
| Inalantes                          | 66          | 100  | -              | -    | -             | - |
| Ansiolíticos/sedativos /hipnóticos | 60          | 90,9 | 6              | 9,1% | -             | - |
| Alucinogénios                      | 66          | 100  | -              | -    | -             | - |
| Opioides                           | 66          | 100  | -              | -    | -             | - |
| Outras                             | 64          | 97,0 | 2              | 3,0  | -             | - |

### 3.3 – ANSIEDADE, STRESSE E DEPRESSÃO

Os resultados obtidos através da EADS-21 (tabela 5) permitem constatar que o stresse apresenta uma frequência de 81,8%, a depressão uma frequência de 78,8% e a

ansiedade uma frequência de 60,6%, pelo que se evidenciam frequências elevadas (>50%).

A média do score obtido foi superior para a ansiedade (M=7,3788) em relação à depressão (M=5,7727) e em relação ao stresse (M=4,1970), o que evidencia que a subescala da ansiedade apresenta estados afetivos mais negativos (tabela 5).

Tabela 5 – Scores Subescalas EADS-21 (depressão, stresse e ansiedade)

| <b>Subescalas EADS-21</b> | <b>n</b> | <b>%</b>     | <b>M</b> |
|---------------------------|----------|--------------|----------|
| Depressão                 | 52       | 78,8%        | 5,7727   |
| Stresse                   | 54       | <b>81,8%</b> | 4,1970   |
| Ansiedade                 | 40       | 60,6%        | 7,3788   |

#### **4 – ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS**

A análise inferencial permite definir relações e associações entre variáveis estudadas na amostra para que estas sejam generalizadas para a população através da utilização de testes paramétricos ou não paramétricos (Fortin, 2009).

A utilização de testes paramétricos deve cumprir os seguintes critérios: a variável dependente ser intervalar; a amostra superior a 30 participantes; e a normalidade da distribuição da variável dependente (Teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) com significância igual ou superior à 0,05 ( $p \geq 0,05$ ). Quando estes critérios não se verificam utilizam-se os testes não paramétricos (Martins, 2017).

Assim, após a aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov (KS), verificou-se que as variáveis consideradas (score do risco de consumo de tabaco, álcool, cannabis, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, inalantes, ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, alucinogénios, opioides e outras substâncias; stresse; ansiedade; depressão; idade) não seguem uma distribuição normal, à exceção do score da autoestima que segue uma distribuição normal, pelo que se recorreu a testes não paramétricos (correlação de spearman, teste de Kruskal-Wallis) para apresentar quais as hipóteses que são confirmadas e quais as que são rejeitadas.

Sendo a H1 “Há relação entre as características sociodemográficas (idade, género, estado civil, concelho de residência, com quem reside no período de aulas, rendimento familiar mensal) e a autoestima nos estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem”.

No que concerne à idade (quadro 4) através da correlação de spearman verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa com a autoestima (RSES Score: rho=0,298; p=0,015).

Quadro 4 - Correlação de spearman entre a RSES Score e a idade

| Correlação de Spearman | Idade |        |
|------------------------|-------|--------|
| RSES Score             | rho   | 0,298* |
|                        | p     | 0,015  |

\*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

Para as variáveis (género, estado civil, concelho de residência, com quem reside no período de aulas e rendimento familiar mensal) utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (quadro 5) e constatou-se que a hipótese não é confirmada em relação ao género (H=0,449; p=0,503), estado civil (H=3,724; p=0,054), concelho de residência (H=39,216; p= 0,415), com quem reside no período de aulas (H= 4,802; p= 0,308) e rendimento familiar mensal (H= 4,911; p= 0,086), dado que os valores do teste de kruskal-wallis e do p apresentados não são significativos (quadro 5).

Quadro 5 - Teste de kruskal-wallis entre o RSES Score e variáveis sociodemográficas

| Teste de Kruskal-Wallis |                                     |       |              |                            |                        |        |  |
|-------------------------|-------------------------------------|-------|--------------|----------------------------|------------------------|--------|--|
| RSES Score              | Género                              |       | Estado Civil |                            | Concelho de residência |        |  |
|                         | H                                   | 0,449 | H            | 3,724                      | H                      | 39,216 |  |
|                         | p                                   | 0,503 | p            | 0,054                      | p                      | 0,415  |  |
|                         | Com quem reside no período de aulas |       |              | Rendimento familiar mensal |                        |        |  |
|                         | H                                   | 4,802 | H            | 4,911                      |                        |        |  |
|                         | p                                   | 0,308 | p            | 0,086                      |                        |        |  |

Quanto à H2 “Há relação entre a autoestima e o consumo de substâncias nos estudantes dos estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem”. Para a sua compressão aplicou-se a correlação de spearman entre o RSES Score e o ASSIST (quadro 6).

Verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a autoestima e o score obtido para o risco de consumo de estimulantes do tipo anfetamina (rho=0,283; p=0,021), e para o risco de consumo de outras substâncias (rho = 0,283; p= 0,021), o que evidencia que uma alta autoestima agrava o risco de consumo de estimulantes do tipo anfetamina e de outras substâncias.

Em relação ao score obtido para o risco de consumo de ansiolíticos/sedativos/hipnóticos ( $\rho = -0,279$ ;  $p = 0,024$ ), esta evidenciou-se estatisticamente significativa e inversa, pelo que uma baixa autoestima irá suscitar um risco acrescido para o consumo de ansiolíticos/sedativos/hipnóticos.

Pelo que se aceita a hipótese formulada relativamente à autoestima e o consumo de estimulantes do tipo anfetamina, ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, assim como em relação ao consumo de outras substâncias.

Quadro 6 - Correlação de spearman entre o RSES score e o score do ASSIST

| Correlação de Spearman | Tabaco    |       | Álcool                            |         | Cannabis      |        | Cocaína  |   | Estimulantes do tipo anfetamina |        |
|------------------------|-----------|-------|-----------------------------------|---------|---------------|--------|----------|---|---------------------------------|--------|
| RSES SCORE             | rs        | 0,041 | rs                                | -0,180  | rs            | -0,201 | rs       | - | rs                              | 0,283* |
|                        | p         | 0,746 | p                                 | 0,149   | p             | 0,106  | p        | - | p                               | 0,021  |
|                        | Inalantes |       | Ansiolíticos/sedativos/hipnóticos |         | Alucinogénios |        | Opiáceos |   | Outras                          |        |
|                        | rs        | 0,199 | rs                                | -0,279* | rs            | 0,199  | rs       | - | rs                              | 0,283* |
|                        | p         | 0,109 | p                                 | 0,024   | p             | 0,109  | p        | - | p                               | 0,021  |

Relativamente à H3 “Há relação entre a autoestima e a ansiedade, stresse e depressão nos estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem”, aplicou-se a correlação de spearman entre a autoestima e o stresse, a ansiedade e a depressão (quadro 7).

Verifica-se que existe uma correlação estatisticamente inversa e muito significativa ( $p < 0,01$ ) em relação à autoestima e o stresse ( $\rho = -0,581$ ;  $p = 0,000$ ), ansiedade ( $\rho = -0,599$ ;  $p = 0,000$ ) e depressão ( $\rho = -0,599$ ;  $p = 0,000$ ), o que evidencia que níveis mais baixos de autoestima refletem um nível maior de stresse, ansiedade e depressão, confirmando-se a H3.

Quadro 7 - Correlação de spearman entre o Score da RSES e o score da EADS-21

| Correlação de Spearman | Stresse |         | Ansiedade |         | Depressão |         |
|------------------------|---------|---------|-----------|---------|-----------|---------|
| RSES SCORE             | rho     | -,581** | rho       | -,599** | rho       | -,687** |
|                        | p       | ,000    | p         | ,000    | p         | ,000    |

\*\* A correlação é muito significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

## **CAPITULO IV - DISCUSSÃO**

### **4 - DA METODOLOGIA**

A metodologia selecionada para a realização desta investigação globalmente demonstrou-se adequada. A amostra abrangeu elementos considerados saudáveis o que permite reduzir o risco de interferência de vieses suscitados pela própria doença. Contudo, a amostra apresenta um tamanho reduzido e sendo não probabilística (acidental), pode sugerir-se que em próximos estudos se procurasse conseguir um maior equilíbrio na distribuição dos elementos e a sua ampliação de modo a conseguir uma amostra representativa da realidade nacional.

Foram respeitados os princípios éticos na aplicação dos instrumentos de recolha de dados, sendo estes constituídos por diferentes escalas que permitem uma autoavaliação propiciando a existência de honestidade nas respostas. São instrumentos validados para a população portuguesa, expõem níveis consideráveis de consistência interna, boa fiabilidade e são bastante divulgados e utilizados nos mais diversos estudos.

Sugere-se ainda que o momento de aplicação do instrumento de recolha de dados fosse realizado em aulas teórico-práticas, no sentido de, serem obrigatórias para os estudantes e conseguir desta forma a comparência do maior número de estudantes.

Este estudo descritivo-correlacional permitiu verificar a presença ou ausência de relação entre as variáveis em estudo mas não possibilita a generalização dos resultados obtidos, uma vez que o conhecimento obtido apenas se referencia a uma amostra e a um momento específico (transversal).

### **5 - DOS RESULTADOS**

Desta investigação surgem resultados interessantes e importantes, não obstante a presença ou ausência de relação entre as variáveis, que serão apresentadas e discutidas considerando outros trabalhos realizados neste âmbito.

Na amostra composta por 66 estudantes do 1º ano da licenciatura em enfermagem, o género feminino assume maior representatividade, possivelmente pelo condicionalismo de ordem cultural e social que advém da profissão de enfermagem, sendo esta tradicionalmente exercida por mulheres (Lopes, 2004). Este predomínio do género

feminino reflete ainda a realidade dos estudantes matriculados no Ensino Superior, em geral, e na área de educação e formação em Saúde, em particular (Wall et al., 2016).

Relativamente à idade, apurou-se uma média de 19,98 anos e constatou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre esta e a autoestima. O estudo realizado por Hiçdurmaz, İnci e Karahan (2017), com uma amostra de 530 estudantes com uma média de idades de 20,9 anos, de uma universidade da Turquia corroborou estes resultados pelo que efetivamente uma idade superior proporciona um aumento na autoestima.

Outro estudo, realizado por Acharya e Chalise (2017) com uma amostra total de 190 estudantes de enfermagem escolhidos aleatoriamente da Universidade de Kathmandu (Nepal) e uma idade média de 20,44 anos e o estudo de Guil, Gómez-Molinero, Merchan-Clavellino, Gil-Olarte e Zayas (2019) com uma amostra de 153 estudantes da Universidade de Cádiz (Espanha) com uma idade média de 21,38 anos, também evidenciaram uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e a autoestima.

- **Autoestima – Consumo de substâncias**

Relativamente ao risco de consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos foi possível constatar que existe uma correlação inversa e estatisticamente significativa em relação à autoestima, ou seja, quanto menor for a autoestima maior será o risco de consumo destas substâncias. Resultados que são corroborados pelo estudo de Grant, Lust e Chamberlan (2019) com uma amostra de 9449 estudantes da Universidade de Midwestern (Estados Unidos) e uma média de idade de 24,2 anos, salientando que efetivamente o abuso de sedativos/tranquilizantes correlaciona-se com a baixa autoestima.

É importante neste sentido, alertar para o facto de que o uso de medicamentos traz riscos para a saúde e aumenta os gastos em saúde (Gómez-Castro, Arcos, Rubiera & Rigueria, 2003) É necessário informar a pessoa sobre alternativas ao consumo de ansiolíticos/sedativos/hipnóticos mais concretamente o acompanhamento psicológico em perturbações psicológicas (Pinto, 2013).

De acordo com a OMS (2004), sabe-se que estas substâncias suscitam um desenvolvimento rápido de tolerância para a maior parte dos efeitos devido a alterações nos recetores do cérebro. A abstinência caracteriza-se por ansiedade, aumento do estado de vigília, inquietação, insónia, excitabilidade e convulsões. O consumo prolongado por sua vez pode suscitar perturbações de memória.

Além disto, foi possível verificar que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a autoestima e o risco de consumo de estimulantes do tipo anfetamina, pelo que, quanto maior a autoestima maior será o consumo de estimulantes do tipo anfetamina. Resultados que são corroborados pelo estudo de Muñoz-París e Ruiz-Muñoz (2008), com uma amostra de 11808 estudantes do primeiro e segundo ciclo da Universidade de Almería (Espanha), em que se evidencia que efetivamente uma autoestima alta potencia este consumo.

Por último, verificou-se ainda que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a autoestima e o risco de consumo de outras substâncias (sem especificação do nome da substância).

Considerando os resultados obtidos e a pesquisa bibliográfica realizada, compreende-se que existe a necessidade de reforçar medidas preventivas em idades precoces, considerando que os 15-24 anos é o grupo etário onde maioritariamente se iniciam os consumos de substâncias psicoativas e em que emergem padrões de consumo nocivos e abusivos, que algumas vezes evoluem para situações de dependência (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação, 2018).

O consumo destas substâncias implica um risco de saúde pelo que deve-se incidir na mudança do comportamento com vista à paragem dos consumos, e/ou para encaminhamento para serviços especializados quando necessário (Silva, 2014).

No entanto, é essencial entender os fatores associados ao consumo de substâncias, como por exemplo, a autoestima, dado que, poderá contribuir para a conceção, planeamento e execução de programas de educação para a saúde nesta população, reduzindo os riscos para o desenvolvimento de problemas e co-morbilidades associadas aos consumos (Witkiewitz et al., 2012).

- **Autoestima - Ansiedade**

Nesta investigação foi encontrada uma correlação estatisticamente muito significativa e negativa entre a autoestima e a ansiedade, pelo que, quanto menor a autoestima maior a ansiedade. Dados corroborados por:

- Rosenberg (1979), autor da escala RSES, menciona que quando a autoestima é reduzida surgem problemas como a ansiedade;
- Suliman e Halabi (2007), realizaram o seu estudo na universidade de Jordan (faculdade de enfermagem) localizada na Jordânia, com uma amostra de 165 estudantes representados em dois grupos: iniciantes (n=105) e finalistas (n=60), em que

se verifica uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a autoestima e um estado de ansiedade.

- Langane (2013) com uma amostra de 225 estudantes universitários de Estabelecimentos de Ensino Superior do Concelho de Lisboa, com uma idade média de 26,05, confirmou também que a autoestima correlaciona-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a ansiedade.

Neste sentido, salienta-se a pesquisa bibliográfica realizada em que os autores Szpak e Kameg (2013) enunciam que esta perturbação se verifica em 12% da população universitária. Os autores Silva e Costa (2005), referem que as pessoas mais ansiosas geralmente são as que apresentam maior dependência e também maior restrição à autonomia, dificuldades na adaptação a novos contextos e dificuldade em estabelecer relações interpessoais. No entanto, as pessoas que construíram a sua identidade apresentam maior autonomia, mais confiança em si próprios, mais iniciativa e investimento o que leva a que apresentem menores níveis de ansiedade.

É importante o seu tratamento, dado que é debilitante, resultando em resultados negativos nos estudantes e interferido nas atividades diárias e na vida social (Vitasaria, Wahabb, Othmanc, Herawand, & Sinnaduraie, 2010). Esta problemática deve ser defrontada com seriedade e compreensão, dado que, nessa idade todos os sentimentos e emoções tomam grandes proporções (Claudino & Cordeiro, 2006).

- **Autoestima - stresse**

No que se refere ao stresse, verificou-se que existe uma correlação negativa e estatisticamente muito significativa entre este e a autoestima, o que evidencia que, uma baixa autoestima propicia níveis elevados de stresse. Dados que são corroborados pelo estudo de:

- Custódio (2010), desenvolvido numa amostra de 1283 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem de cinco escolas superiores de saúde da região centro de Portugal em que as idades variam entre os 18 e os 38 anos com uma média de 20,94 anos, constatou também uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a autoestima e os sintomas de stresse, oscilando os valores da correlação de Pearson entre  $r=-0,262$  (cognitivo-emocionais),  $r=-0,177$  (físicos),  $r=0,166$  (comportamentais) e  $r=0,244$  (total) (Escala de Sintomas de Stress);

- Acharya e Chalise (2017) em que também se evidenciou uma correlação estatisticamente significativa e inversa em relação ao stresse.

A pesquisa bibliográfica realizada evidencia que o stresse pode desencadear um impacto positivo na mudança pessoal, no crescimento e na motivação, pela hipótese de considerar as experiências como desafios e não como ameaças (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998). No entanto, caso contrário, pode desencadear um impacto negativo, ao suscitar algumas consequências como a dificuldade na adaptação do estudante (Gall, Evans, & Bellerose, 2000).

Torna-se pertinente tendo em consideração os resultados obtidos neste estudo e de acordo com Custódio (2010), que o foco da intervenção não deverá apenas incidir na diminuição do impacto negativo desencadeado pelo stresse, mas essencialmente, promover o fortalecimento de aspetos positivos, como a autoestima, no sentido de promover o bem-estar pessoal e o sucesso académico, social e profissional.

- **Autoestima – Depressão**

Na presente investigação, relativamente ao estudo da relação entre a autoestima e a sintomatologia depressiva, constatou-se que existe uma correlação inversa e muito significativa, verificando-se que níveis baixos de autoestima propiciam sintomas depressivos. Dados que são corroborados por:

- Peden, Hall, Rayens & Beebe (2000) com 246 estudantes universitárias de uma universidade dos Estados Unidos da América com uma idade média de 19,3 anos, confirmou também que uma baixa autoestima e acontecimentos de vida negativos surgiram associados a sintomas depressivos;

- Furegato, Santos e Silva (2008), em que o estudo foi realizado com estudantes de enfermagem do 1º, 2º e 3º ano do Curso de Bacharelato na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Brasil), com uma amostra de 224 estudantes, constatou que efetivamente todos os estudantes que tinham altos níveis de autoestima não apresentavam sinais de depressão e, inversamente, observou-se que todos aqueles que apresentavam sinais de depressão moderada ou grave apresentavam índices médios de autoestima;

- Sakellari (2017), tendo sido o estudo realizado na Universidade de Cyprus (Grécia) em estudantes de enfermagem, serviço social e educação infantil. A amostra abrangeu 193 estudantes com uma média de idades de 21,2 anos, evidenciou de igual forma que altos níveis de autoestima estavam associados a uma diminuição dos sintomas depressivos através da análise correlacional;

- Lin (2019) com uma amostra de 815 estudantes de 10 universidades de Taiwan com uma idade média de 20,13 anos, evidenciando que a autoestima alta diminui os níveis de depressão.

Torna-se importante salientar a pesquisa bibliográfica realizada em que o autor Mota (2007) refere que as depressões afetam cada vez mais os estudantes portugueses, particularmente com incidência no final do ensino secundário e início do ensino superior.

Em concordância com estes resultados, o estudo de Vasquez e Blanco (2008) salienta que os recursos terapêuticos e as medidas preventivas devem considerar os estudantes universitários como uma população de risco relativamente elevado de depressão major. Os professores e estudantes devem apresentar uma maior consciência da ameaça de depressão, e devem ser tomadas medidas para a minimizar, incluindo medidas destinadas a promover a sensibilização para a depressão como uma doença, e não um estigma.

Em suma, constata-se através dos resultados expostos que existe uma relação entre a autoestima e o risco de consumo de algumas substâncias psicoativas nomeadamente (ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, estimulantes do tipo anfetaminas e ainda outras substâncias), assim como, o desenvolvimento do stresse, ansiedade e depressão nos estudantes do ensino superior.

## **CAPITULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **CONCLUSÕES**

As transições suscitam diferentes emoções que surgem muitas das vezes pelas dificuldades encontradas nos próprios processos de transição e das situações que as originam, podendo causar instabilidade, alterações na autoestima, mudanças no desempenho de papéis, ansiedade, depressão e insegurança, até que encontre um novo equilíbrio (Tavares, 2014).

O presente estudo descritivo-correlacional e transversal aplicado numa amostra constituída por 66 estudantes do 1º ano da Licenciatura em Enfermagem teve como propósito compreender a influência da autoestima no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade, stresse e depressão nos estudantes da licenciatura de enfermagem; Sensibilizar para a importância do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria no processo de transição, na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental; e sensibilizar os estudantes da licenciatura de enfermagem para a possível necessidade de intervenção no âmbito da saúde mental e psiquiatria.

Decorrente deste estudo e dos resultados expostos neste trabalho conclui-se o seguinte:

- Os estudantes do 1º ano da licenciatura idades superiores apresentam uma autoestima mais alta em relação aos mais novos;
- O risco de consumo de ansiolíticos/sedativos/hipnóticos apresenta uma correlação estatisticamente significativa e inversa com a autoestima; O risco de consumo de estimulantes do tipo anfetamina e de outras substâncias apresenta uma correlação estatisticamente significativa com a autoestima;
- A autoestima apresenta uma correlação estatisticamente muito significativa e inversa com o stresse, depressão e ansiedade;

Compreende-se então que o nível de autoestima pré-existente dos estudantes contribui fortemente para um ajuste bem-sucedido ou mal adaptativo a um determinado problema (Acharya & Chalise, 2017).

A autoestima é um importante preditor do enfrentamento ao stresse, pelo que uma alta autoestima irá resultar num enfrentamento mais ativo e eficaz (Acharya & Chalise, 2017)

isto porque, possuirão um sentimento de confiança que permitirá que as suas questões sejam resolvidas de uma forma bem-sucedida, conduzindo a uma menor probabilidade de experienciar stresse (Custódio, 2010) como confirmado nos resultados deste estudo.

No sentido de melhorar a forma como a pessoa lida com circunstâncias que propiciem o stresse, são necessárias intervenções que requerem programas multidimensionais, envolvendo docentes, estudantes e instituições e contextos formativos. Apenas assim se conseguirá abranger a complexidade desta problemática e particularmente, as necessidades individuais de cada um, considerando a sua forma única de pensar, sentir e se relacionar com as situações que são potencialmente desencadeadoras de stresse. O stresse constitui um impacto negativo ao nível da saúde e bem-estar dos estudantes, pelo que é necessário que a intervenção seja preventiva perante os mais vulneráveis (Pereira, Monteiro & Melo, 2009).

Estes estímulos externos ao organismo propiciam stresse e caso se prolonguem permitem ainda o desenvolvimento de ansiedade patológica que pode culminar num processo de angústia e a partir daí desencadear diretamente depressão (Beck, Clark e Alford, 1999).

Para promover comportamentos saudáveis é fundamental considerar uma multiplicidade de fatores pessoais integrados na compreensão que o indivíduo tem do seu comportamento, bem como das suas crenças. Só a pessoa tem o poder para a mudança e esta só existirá se o próprio reconhecer estes fatores como prejudiciais ou inadaptativos (Gonçalves, 2000)

Relativamente ao consumo de substâncias, este consumo poderá servir apenas como uma forma de ocultar os problemas existentes, diminuindo a autoconsciência desses mesmos desequilíbrios, impedindo que a pessoa se reorganize e beneficie de um crescimento pessoal. Estes comportamentos irão acentuar a perpetuação dos problemas e a dependência, aumentando por isso os custos dos cuidados de saúde (Pinto, 2013).

A intervenção farmacológica não constitui uma solução para os conflitos profissionais, familiares, entre outros, pelo que, a pessoa beneficiará mais a compreensão e o diálogo com um profissional qualificado assim como o necessário esclarecimento acerca do que lhe causa sofrimento e desconforto (Pinto, 2013).

A intervenção psicológica pode contribuir de certa forma para a diminuição do consumo de benzodiazepinas. A efetividade da intervenção psicológica visa promover um bem-estar no indivíduo, exige um investimento no crescimento pessoal da pessoa, ou mesmo

um apoio psicológico e de educação para a saúde, através da construção de uma relação terapêutica sólida (Pinto, 2013).

Existe a necessidade de um investimento em boas práticas de promoção da saúde mental (Royal College of Psychiatrists, 2011), que possam intervir eficazmente em patologias frequentes no Ensino Superior e também em estudantes que não apresentam critérios de diagnóstico clínico mas que vivenciem níveis de stresse e sofrimento emocional elevados, disponibilizando serviços de aconselhamento e outras iniciativas de suporte que colmatem a necessidade de ajuda (Myrick, Highland, & Sabella, 1995).

Os especialistas em Saúde Mental deverão atuar na prevenção assim como trabalhar com e nas comunidades, especialmente as com maior vulnerabilidade, no sentido de, promover a consciencialização da saúde mental e auxiliar na alteração dos comportamentos menos saudáveis (Herman, Saxena, Moodie & Walker, 2005). Neste sentido, torna-se pertinente salientar a importância do EESMP mais especificamente, as suas intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2018):

- Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos;
- Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados;
- Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.

Os resultados evidenciados, são contudo insuficientes, para que se possam retirar conclusões definitivas, sugerindo-se que sejam elaborados novos estudos sobre esta problemática, incluindo uma amostra de tamanho superior e um equilíbrio superior na distribuição dos elementos assim como a sua ampliação para que seja possível obter uma amostra representativa da realidade nacional.

É ainda sugerida a inclusão de intervenções preventivas do desenvolvimento de problemas de saúde mental e paralelamente possam detetar precocemente o adoecer mental, assim como, a necessidade de programas e projetos de promoção da saúde nas instituições de ensino superior.

## BIBLIOGRAFIA

- Aastrup, W., Katzensteiner, M., Ferrer-Sama, P., & Rott, G. (Eds.). (2007). *Guidance and counselling in higher education in European Union member states* (FEDORA Report). Aarhus, Dinamarca: Narayana Press. Recuperado de [http://fedora.plexus.leidenuniv.nl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=94&Itemid=241](http://fedora.plexus.leidenuniv.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=241)
- Acharya, S. (2009). *Stress among students in developing countries - an overview*. In B. Ayres & M. Bristow (Eds.), *Anxiety in College Students* (pp. 111-128). New York: Nova Biomedical Books.
- Acharya R., & Chalise, H. N. (2017). *Self-Esteem and Academic Stress among Nursing Students*. *Kathmandu University Medical Journal*, 13(4), 298. doi:10.3126/kumj.v13i4.16827
- Adlaf, E.M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). *The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey*. *Journal of American College Health*, 50(2), 67-72. doi: 10.1080/07448480109596009.
- Afonso, T. (2012). *Transição e Adaptação ao Ensino Superior: vivências académicas e identidade vocacional*. (tese de mestrado). Recuperado de: [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2670/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o\\_Tiago\\_Afonso.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2670/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Tiago_Afonso.pdf)
- Agante, D. (2009). *Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas nos estudantes do ensino superior*. (Dissertação de mestrado) Recuperado de [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/13507/1/Tese\\_mestrado\\_Diana%20Agante.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/13507/1/Tese_mestrado_Diana%20Agante.pdf)
- Aherene, D. (2001). *Understanding student stress: a qualitative approach*. *The Irish Journal of Psychology*, 22 (3-4), 176-187. doi:10.1080/03033910.2001.10558278.
- Al-Faris, EA., Irfan, F., Van der Vleuten, C., Naeem, N., Alsalem, A., Alamiri, N., Alraiyes, T., Alfowzan, M., Alabdulsalam, A., Aljabab, S., Bukhari, M., Alsinaidi, O., Alofaisan, Y. (2012). *The prevalence and correlates of depressive symptoms from as Arabian*

- setting: a wakeup call*. *Medical teacher*, 34 (1), s32-36. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22409188>
- Allport, G. W. (1937). *Personality – A Psychological interpretation*. New York: Henry Hold and Company.
- Almeida, J. S. P. (2014). *A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior: Estudo de Prevalência e Correlação* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2939/1/tese.pdf>.
- Almeida, L. S. (2007). *Transição, adaptação académica e êxito escolar no ensino superior*. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 15 (2), 203-215.
- Almeida, L., Gonçalves, A., Salgueira, A., Soares, A., Machado, C., Fernandes, E., Machado, J. & Vasconcelos, R. (2003). *Expectativas de envolvimento académico à entrada na universidade: estudo com alunos da Universidade do Minho*. *Psicologia: Teoria, Invetigação e Prática*, 8 (1), 3-15. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12108/1/Almeida%20et.al.%2c%202003.pdf>.
- Almondes, K., & Araújo, J. (2003). *Padrão de ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários*. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 37-43. Recuuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17233.pdf>.
- American Psychiatric Nurses Association (2008). *Essentials of psychiatric mental health nursing in the BSN curriculum*. Recuperado de [http://www.apna.org/files/public/revmay08finalCurricular\\_Guidelines\\_for\\_Undergraduate\\_Education\\_in\\_Psychiatric\\_Mental\\_Health\\_Nursing.pdf](http://www.apna.org/files/public/revmay08finalCurricular_Guidelines_for_Undergraduate_Education_in_Psychiatric_Mental_Health_Nursing.pdf)
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores
- Andrade, L., & Gorenstein, C. (1998). *Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (6), 285-290.
- Baker, R. W., & Siryk, B. (1989). *Student Adaptation to College Questionnaire*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Balsa, C., Vital, C. & Urbano C. (2018). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*. Recuperado de: [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/181/IV%20INPG%202016\\_17\\_PT.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/181/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf)

- Barry, M. M. (2001). *Promoting positive mental health: theoretical frameworks for practice*. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3, 25–34.
- Batista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). *O medo, a ansiedade e as suas perturbações*. *Revista Psicologia*, 19 (1/2), 266-277. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v19n1-2/v19n1-2a13.pdf>
- Batista, R., & Almeida, L. (2002). *Desafios da transição e vivências académicas: análise segundo a opção de curso e mobilidade*. In A. Pouzada, L. Almeida, & R. Vasconcelos, *Contextos e Dinâmicas da vida académica* (pp. 167-174). Guimarães: Universidade do Minho.
- Beck, A.T., Clark, D.M. e Alford, B.A. (1999). *Scientific Foundation of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons Inc;
- Beck, A., & Clark, D. (1997). *An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes*. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49-58.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Bednar, R. L., & Peterson, S. R. (1995). *Self-esteem: Paradoxes and contradictions*. R. L. Bednar, S. R. Peterson (Eds.), *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice* (2nd ed.) (pp. 1-17). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10174-01
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). *Measures of self-esteem*. In John P. Robinson, Phillip R. Shaver, & Lawrence S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (Vol. 1) (pp. 115-160). San Diego, CA: Academic Press.
- Branco, M. & Pereira, A. (2001). *A autoestima, a satisfação com a imagem corporal e o bem-estar docente*. *Psicologia, Educação e Cultura*, 5(2), pp. 335-346.
- Brandtner, M., & Bardagi, M. (2009). *Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul*. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (2), 81-91. Recuperado de <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/67/49>
- Bravo, N. (2016). *A importância da psicoeducação na alteração do humor no doente depressivo*. (tese de mestrado). Recuperado de <http://www.rdp.uevora.pt/bitstream/10174/18931/1/relatorio%20de%20estagio....pdf>

- Brown, J. & Marshall, M. (2006). *The tree faces of self esteem. Self esteem: issues and answers*, pp. 4-9.
- Candeias, V. (2016). *Promoção do bem-estar Psicológico no adulto jovem com alterações da saúde mental em processo de transição*. Recuperado de: [https://comum.caap.pt/bitstream/10400.26/16758/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Es%C3%A1gio\\_Vanessa%20Candeias.pdf](https://comum.caap.pt/bitstream/10400.26/16758/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Es%C3%A1gio_Vanessa%20Candeias.pdf)
- Carvalho, E., Bertolini, S., Milani, R., & Martins, M. (2015). *Índice de Ansiedade em Universitários Ingressantes e Concluintes de uma Instituição de Ensino Superior. Ciência, Cuidade e Saúde, 14 (3), 1290-1298*. Recuperado de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23594/15278>.
- Cenkseven, F., & Akbas, T. (2016). *Examining the predictors of subjective and psychological well-being of university students*. *Türk Psikolojik Danisma ve Rehberlik*, [Dergisi Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal], 3(27), 43–65. (Article in Turkish with an abstract in English).
- Chalifour, J. (1989) - *La relation d'aide en soin infirmiers: une perspective holistique humanistique*. Paris: Edicions Lamarre.
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986) *Transitions: a nursing concern*. In: Chinn PL. *Nursing research methodology*. Maryland: Aspen.
- Clare, A. (1995) *Change: a precipitant of growth and stress? In Fedora Summer School - Successful Adjustment to University and Progression Beyond in a European Context* (pp. 19-20). Trinity College, Dublin.
- Claudino, J., & Cordeiro, R. (2006). *Níveis de Ansiedade e Depressão nos alunos de Licenciatura em Enfermagem: o Caso Particular dos Alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre*. *Educação, ciência e tecnologia*, 32, 197-210 . Recuperado de <http://www.ipv.pt/millennium/millennium32/15.pdf>
- Cooke, R., Bewick, B., Bahrkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2006). *Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students*. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34 (4), 505-517.
- Costa, E., & Leal, I. (2004). *Saúde mental e adaptação à vida académica: uma investigação com estudantes de Viseu*. In J. Ribeiro & I. Leal (Orgs.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 149-155). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Costa, V., & Oliveira, A. (2012). *Estudo comparativo dos indicadores de sintomas de estresse e ansiedade entre estudantes entrantes e concluintes do curso de psicologia*. Anais IV SIMPAC, 4 (1), 177-182. Recuperado de <https://academico.univcosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/viewFile/213/375>.
- Cristovão, F. (2012). *Sofrimento emocional, stress e depressão em estudantes universitários*. Recuperado de: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10967/1/7539.pdf>
- Cunha, M.; Rego, A. (2006). *Stress: Sal da vida ou “epidemia” dos “tempos modernos”?*. In Manual do Comportamento Organizacional e Gestão, 2006. 5ª edição; 253-276;
- Custódio, S. (2010). *Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. (tese de doutoramento). Recuperado de: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1122/1/2010001689.pdf>
- DGS (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). *Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health*. Social Science and Medicine, 58, 2585-2600 doi:10.1016/j.socscimed.2003.09.008.
- Diniz, A. M., & Almeida, L. S. (2006). *Adaptação à universidade em estudantes do primeiro ano: estudo diacrónico da interacção entre o relacionamento com os pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional*. *Análise Psicológica*, 1 (24), 29-38.
- Dyrbye, L., Thomas, M., & Shanafelt, T. (2006). *Systematic review of depression, anxiety and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian Medical Students*. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373. doi: 10.1097/00001888-200604000-00009
- 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. doi:10.1037/0002-9432.77.4.534
- Eller, T., Aluoja, A., Vasar, V., & Veldi, M. (2006). *Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems*. *Depression and Anxiety*, 23(4), 250-256. doi: 10.1002/da.20166

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). *Co-morbid substance use and mental disorder in Europe: a review of the data*. EMCDDA papers, Publications office of the European union: Luxembourg
- Feldman, R. D., Olds, S. W., & Papalia, D. E. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre RS: Artmed editora.
- Ferreira, I. (2003). *Adaptação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes do ensino superior. Factores familiares e sociodemográficos*. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Fonseca, J. (2010). *Qualidade de vida dos alunos de Enfermagem*. Recuperado de [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1644/2/PG\\_17079.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1644/2/PG_17079.pdf)
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação – da conceção à realização*. Loures, Lusociência.
- Furegato, A., Santos, J., Silva, E. (2008) Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à preceção da sua saúde e interesse por saúde mental. Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_05.pdf)
- Gall, T. L., Evans, D. R., & Bellerose, S. (2000). *Transition to first-year university: patterns of change in adjustment across life domains and time*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 544-567.
- Garro, I.M.B., Camilo, S.O., Nóbrega, M.P.S.S. (2006). *Depressão em graduandos de enfermagem*. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, v.19, n.2, p.162-167. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2.pdf>
- Gaudry, E., & Spielberger, C. (1971). *Anxiety and educational achievement* (Vol. 3). New York: Wiley.
- Gil, A. C. (1984), *Métodos e técnicas de pesquisa social*, São Paulo, Editora Atlas.
- Goldman, C., & Wong, E. (1997). *Stress and the college student*. *Education*, 117 (4), 604-611
- Gomes, N. (2014). *Autoestima, autoeficácias e empregabilidade subjetiva em empregados, desempregados e estudantes do ensino superior*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

- Gómez-Castro, M., Arcos, P., Rubiera, G. & Rigueria, A. (2003). *Comparación de los modelos de indicadores de la calidad de la prescripción farmacêutica en atención primaria*. *Gac Sanit*, 17(5), 375-83
- Gonçalves, O. (2000). *Terapias cognitivas: teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento
- Grant, J. E., Lust, K., & Chamberlain, S. R. (2019). *Sedative/Tranquilizer Misuse is Associated with Alcohol and Illicit Drug Problems, Mental Health Issues, and Impulsivity and Compulsivity in University Students*. *Journal of Addiction Medicine*, 1. doi:10.1097/adm.0000000000000556
- Guerreiro, D. (2011). *Necessidade Psicológica de Auto-Estima/Auto-Crítica: Relaçã com Bem-Estar e Distress Psicológico*. Recuperado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4960/1/ulfpie039658\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4960/1/ulfpie039658_tm.pdf)
- Guil, R., Gómez-Molinero, R., Merchan-Clavellino, A., Gil-Olarte, P., & Zayas, A. (2019). *Facing Anxiety, Growing Up. Trait Emotional Intelligence as a Mediator of the Relationship Between Self-Esteem and University Anxiety*. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.00567
- Guilhardi, H. (2002). *Autoestima, autoconfiança e responsabilidade*. *Comportamento Humano*, pp. 1-29.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência
- Hafen, M., Reisbig, A., White, M., & Rush, B. (2006). *Predictors of depression and anxiety in first-year veterinary students: a preliminary report*. *Journal of Veterinary Medical Education*, 33 (3), 432-440
- Hamachek, D.E. (1978). *Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism* *Psychology*, 15, 27-33.
- Haq, M. A. ul. (2016). *Association Between Socio-Demographic Background and Self-Esteem of University Students*. *Psychiatric Quarterly*, 87(4), 755–762. doi:10.1007/s11126-016-9423-5
- Heatherton, T. F. & Wyland, C. (2003). *Assessing self-esteem*. Em S. Lopez and R. Snyder, (Eds). *Assessing positive psychology* (pp. 219-233). Washington, DC: APA
- Herman, H.; Saxena, S.; Moodie, R.; Walker, L. (2005). *Promoting Mental Health as a Public Health Priority*. In *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice - a report of the WHO* (pp. 23–38). WHO.

- Helmets, K.F., Danoff, D., Steiner, Y., Leyton, M., & Young, S. (1997). *Stress and depressed mood in medical students, law students and graduate students at McGill University*. *Academic Medicine*, 72, 708–714. doi:10.1097/00001888-199708000-00018
- Hewitt, J. P. (2009). *Self-Esteem*. Em S. J. Lopez (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology* (Vol.2) (pp. 880-886). Malden, MA: Wiley- Blackwell.
- Hiçdurmaz, D., Inci, F. & Karahan, S. (2017). *Predictors of mental health symptoms, automatic thoughts, and self-esteem among university students*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Predictors+of+Mental+Health+Symptoms%2C+Automatic+Thoughts%2C+and+Self+...>
- Hill, M. M., Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa : Edições Sílabo.
- Holland, P.; Berney, L.; Blane, D.; Davey Smith, G.; Gunnell, D. J.; Montgomery, S. M. (2000). *Life course accumulation of disadvantage: Childhood health and hazard exposure during adulthood*. *Social Science and Medicine*, 50(9), 1285–1295.
- Howard, D. E., G. Schiraldi A. Pineda & R. Campanella, (2006). *Stress and mental health among college students: overview and promising prevention interventions*. In *stress and mental health of college students*, ed. M. V. Landow, 91-123. New York: Nova
- Hudd, S.S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E., Soukas, N., & Yokozuka, N. (2000). *Stress at college: Effects on health habits, health status, and self-esteem*. *College Student Journal*, 34, 217- 227
- Im, E. (2010). *Afaf Ibrahim Meleis – Transition Theory*. In: M. R. Alligood & A. M Tomey. *Nursing Theorists and Their Work*. (7.<sup>a</sup> Edition). Missouri: Mosby Elsevier. 416-433 p. ISBN 978-0-323-05641-0.
- Jadoon, N., Yaqoob, R., Raza, A., Shehzad, M., & Zeshan, S. (2010). *Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study*. *Journal of Pakistan Medical Association*, 60 (8), 699-702
- Janeiro, I. (2006). *A perspectiva temporal, as crenças atribucionais, a auto-estima e as atitudes de planeamento e de exploração da carreira – estudo sobre os determinantes da maturidade na carreira em estudantes do 9º e 12º anos* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia). Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Jansen, K., Mondin, T., Ores, L., Souza, L., Konradt, C., Pinheiro, R., & Silva, R. (2011). *Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra*

*populacional de Pelotas. Caderno de saúde Pública, 27 (3), 440-448. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/05.pdf>*

- José Muñoz-París, M., & del Mar Ruiz-Muñoz, A. (2008). *Nivel de autoestima y correlación con comportamientos de riesgo en alumnos de la Universidad de Almería. Enfermería Clínica, 18(2), 70–76. doi:10.1016/s1130-8621(08)70701-0*
- Kadison, R. D., & DiGeronimo, T. F. (2004). *The college of the overwhelmed: the campus mental health crisis and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass.*
- Keith, L. K., & Bracken, B. A. (1996). *Self-concept instrumentation: A historical and evaluative review. In B. A. Bracken (Ed.), Handbook of self-concept: Developmental, social, and clinical considerations (pp. 91- -170). New York: Wiley.*
- Kerr, S., Johnson, V., Gans, S., & Krumrine, J. (2004). *Predicting adjustment during the transition to college: alexithymia, perceived stress, and psychological symptoms. Journal of College Student Development, 45 (6), 593-611.*
- Kernis, H. (2005). *Measuring self-esteem in context: the importance of stability of self-esteem in psychological functioning. Journal of Personality, 73, pp. 1569-1605*
- Kernis, M. (2003). *Optimal self-esteem and authenticity: Separating fantasy from reality, Psychological Inquiry, 14(1): 83-89.*
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM–IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62, 593–602. doi:10.1001/archpsyc .62.6.593*
- Lakatos, E.M.A. & Marconi, M.A. (2001). *Metodologia do trabalho científico (6ªed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.*
- Langane, M. (2013). *Estratégias de coping, satisfação com a vida, ansiedade e autoestima: o papel do álcool. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/48581662.pdf>*
- Leitão, L., & Paixão, M. (1999). *Contributos para um modelo integrado de orientação escolar e profissional no Ensino Superior. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 4 (1), 191-210.*
- Lent, R. W., Taveira, M. C., Sheu, H., & Singley, D. (2009). *Social cognitive predictors of academic adjustment and life satisfaction in Portuguese college students: a longitudinal analysis. Journal of Vocational Behavior, 74, 190-198.*

- Lin, C.-C. (2019). *Self-Esteem and Depression as Mediators of the Effects of Gratitude on Suicidal Ideation Among Taiwanese College Students*. OMEGA - Journal of Death and Dying, 003022281989235. doi:10.1177/0030222819892358
- Lopes, R. (2004). *Consumo de álcool nos jovens: estudo da influência das características psicológicas: alexitimia, auto-conceito e locus de controlo*. (tese de mestrado). Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/37652981>
- Loureiro, E., McIntyre, T., Mota-Cardoso, R. & Ferreira, M. A. (2008). *A relação entre o stress e o estilos de vida nos Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto*. *Acta Med Port*(21), 209-214.
- Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L., & Pereira, A. (2009). *Stress e percepção do rendimento académico no aluno do ensino superior*. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia (pp. 4663-4669). Braga: Universidade do Minho.
- Malagris, L., Fiorito, A. (2006). *Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde*. *Estudos de Psicologia*. Campinas. 23(4); 391-398. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n4/v23n4a07.pdf>
- Manderscheid, R. W.; Ryff, C. D.; Freeman, E. J.; McKnight-Eily, L. R.; Dhingra, S.; Strine, T. W. (2010). *Evolving definitions of mental illness and wellness*. *Preventing Chronic Disease*, 7(1), A19
- Marchi, K., Bárbaro, A., Miasso, A., & Tirapelli, C. (2013). *Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15 (3), 731-739.
- Mardegan, P. S., Souza, R. S., Buaiz, V., & Siqueira, M. M. (2007). *Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (4), 260- 266.
- Martins, T. (2001). *Factores protectores e factores de risco na transição e adaptação à universidade*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Meleis, A. I. (2013). *A Teoria das Transições*. Comunicação proferida pela autora na Conferência „A Teoria das Transições”, realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a 19 de Setembro de 2013. Porto.

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.<sup>a</sup> Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theoris in Nursing Research and Praticce*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994) *Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission*. *Nursing Outlook*. Nov./Dec. de 1994, pp. 255-259.
- Meleis, A. (1991) - *Theoretical Nursing Development and Progress*. (2<sup>a</sup>edition). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). *Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Melo, E., Rodolfo, M. & Caloilas, S. (1993). *Stress Laboral*. Lisboa: Instituto Superior de Línguas e Administração, Trabalho realizado no âmbito da cadeira de investigação em Personalidade do curso de Gestão de Recursos Humanos e Psicologia do Trabalho ministrado pelo ISLA. Recuperado de [www.cm-nisa.pt/site\\_biblioteca/historialocal/literatura/stresslaboral.pdf](http://www.cm-nisa.pt/site_biblioteca/historialocal/literatura/stresslaboral.pdf);
- Melo, S. (2012). *Stress relacionado com o trabalho e burnout em técnicos de radiologia*. Recuperado de: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9409/3/RUN%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Sandra%20Melo.pdf>
- Merrell, K. (2008). *Helping Students overcome depression and anxiety: a practical guide*. 2<sup>a</sup> Edição; Nova Iorque; Guilford press;
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2010). *Bem-estar e sintomatologia psicopatológica na transição para o ensino superior: diferenças de género?* In I. Leal, J. Ribeiro, M. Marques, & Pimenta, F. (Eds.), *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Sexualidade e Género – Actas* (pp. 831-838). Lisboa, ISPA.

- Monteiro, S. (2008). *Optimismo e vinculação na transição para o ensino superior: relação com sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Mostardinha, A., Bárto, A., Bonifácio, J. Pereira, A. (2019). *Validação do The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) em Estudantes Universitários*. Recuperado de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/10650/5659>
- Mota, T. (2007). *Entre alunos do ensino superior: Esgotamento nervoso: problema recorrente*; Recuperado de: <http://www.medicosdeportugal.pt>
- Mota-Cardoso, R.; Araújo, A.; Ramos, R.; Gonçalves, G.; Ramos, M. (2002). *O Stress nos Professores Portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Coleção Mundo de Saberes 31, Porto Editora
- Moura, E. (2019). *Autoestima e Fertilidade: Estudo da Variação da Autoestima em Função do Ciclo Menstrual* (dissertação de mestrado). Recuperado de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/87966/1/DISSERTA%c3%87%c3%82O%20ELISA%20MOURA%20FINAL.pdf>
- Murff, S.H. (2005). *The impact of stress on academic success in college students*. The ABNFJournal, 16(5), 102-104
- Murphy, S. A. (1990). *Human responses to transitions: a holistic nursing perspective*. Holistic Nursing Practice, 4(3): 1-7.
- Myrick, R.D., Highland, W.H., & Sabella, R.A. (1995). Peer helpers and perceived effectiveness. *Elementary School Guidance & Counseling*, 29(4), 278-290.
- Neves, M., & Dalgalarondo, P. (2007). *Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (4), 237-244. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n4/a01v56n4.pdf>
- Noriega, R. (2005). *Depresión en estudiantes de enfermería*. *Avances En Psiquiatria Biológica*, 6, 126-141.
- Nutt, DJ. Law, FD. (2009). *Pharmacological and psychological aspects of drug abuse*. New oxford textbook of psychiatry 2<sup>nd</sup> ed. New York: oxford university press
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Deliberação (extracto) n.º 26/2019. Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista* Diário da República, 2.ª Série, N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019

- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*  
Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.*
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas – Resumo*. Recuperado de [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_P.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf)
- Pais-Ribeiro, J.L. (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Parreira, J. (2008). *Ansiedade tem cura*. Rio de Janeiro: Imprimatur.
- Patel, V.; Kleinman, A. (2003). *Poverty and common mental disorders in developing countries*. *Bulletin of the WHO*, 81, 1518–1522.
- Patrício, L. (2015). *Políticas e dependências: álcool e (de) mais drogas em Portugal 30 anos depois*. Lisboa: NovaVega.
- Patton, G. C., Carlin, J. B., Coffey, C., Wolfe, R., Hibbert, M. & Bowes, G. (1998). *Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years*. *American Journal of Public Health* 10, 1518–1522
- Paula, J., Borges, A., Bezerra, L., Parente, H., Paula, R., Wajnsztein, R., Carvalho, A., Valenti, V. & Abreu, L. (2014). *Prevalência e Fatores Associados à Depressão em Estudantes de Medicina*. *Journal of Human Growth and Development*, 24 (3), 274-281. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n3/pt\\_06.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n3/pt_06.pdf)
- Peden, A. R., Hall, L. A., Rayens, M. K. & Beebe, L. (2000). *Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women*. *Nursing Research* 49(4), 201-207
- Pereira, A., Vaz, A., Medeiros, J; Lopes, P.; Melo, A.; Ataíde, R.; Pinto, C.; Decq Motta, E.; Bernardino, O.; Mendes, R. & Ferreira, J.. (2004). *Características Psicométricas do Inventário do Stresse em Estudantes Universitários – Estudo Exploratório*. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves e V. Ramalho (Eds), *Avaliação Escola Superior de Educação de Coimbra Escola de Tecnologia da Saúde de Coimbra* 63 *Psicológica: Formas e Contextos*, (15-18 de setembro). Braga: Psiquilíbrios Edições, 326-329

- Pereira, A.C. (2009). *Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior: comparação com um estudo do curso de radiologia*. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.
- Pereira, A., Monteiro, F. & Melo, A. (2009). *University student stress: Vulnerability factors*. In F. Simões, M. L. Branco & E. P. Oliveira (Eds.), Abstracts and papers of icPed'09 - International Conference of Psychology and Education: Practices, Training and Research. Covilhã: Department of Psychology and Education, University of Beira Interior
- Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. 5a ed. Lisboa : Edições Sílabo
- Peuker, A. C., Rosemberg, R., Cunha, S. M., & Araújo, L. B. (2010). *Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica*. Paidéia, 20 (46), 165-173.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, M., & Ferreira, J. (2002). *Suporte social e adaptação ao ensino superior*. In A. Pouzada, L. Almeida & R. Vasconcelos (Eds.), *Contextos e dinâmicas da vida académica* (pp. 137-146). Guimarães: Universidade do minho.
- Pinto, J. (2013). *Consumo de benzodiazepinas e os efeitos das intervenções psicológicas no contexto dos cuidados de saúde primários*. (dissertação de mestrado) Recuperado de: <http://repositorio.uportu.pt/xmlui/handle/11328/674>
- Plummer, D. (2012). *Como aumentar a autoestima das crianças: Guia prático para educadores, psicólogos e pais*. Porto: Porto Editora.
- Polydoro, S., & Primi, R. (2003). *Integração ao ensino superior: Explorando sua relação com características de personalidade e envolvimento académico*. Estudante universitário: Características e experiências de formação, 41-66.
- Precioso, J. (2004). *Educação para a Saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho*. Revista Electrónica de Enseñanza de Las Ciencias., 3(2), 161–170.
- Ramirez, M.T., Landero R.H., & Garcia-Campayo, J. (2009). *Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicossomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México*. Revista Panamericana de Salud Publica, 25(2), 141-145. doi: 10.1590/S1020-49892009000200007

- Ramos, (2017). *Autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico na adolescência* (teste de mestrado). Recuperado de: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/32861/1/ulfpie049132\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/32861/1/ulfpie049132_tm.pdf)
- Ranrakha, S., Caspi, A. Dickson, N., Moffitt TE., Paul. C. (2000). *Psychiatric disorders and risky sexual behavirous in young adulthood: cross sectional study in birth cohort*. British Medical Journal, 321(7256) 263-266
- Reich, J. W., Zautra, A., & Hall, J. S. (2010). *Handbook of adult resilience*. New York: The Guilford Press.
- Ribeiro, L. (2013). *Estudo da ansiedade em alunos do ensino superior utilizando o biofeedback*. Recuperado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/13148/1/estudo%20da%20ansiedade%20nos%20e%20estudantes%20do%20ensino%20superior%20utilizando%20o%20biofeedback.pdf>
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 2ª edição. Placebo, Editora LDA.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond*. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Rocha, A. M. (2011). *Álcool e substâncias psicoactivas no estudante universitário*. (Tese de mestrado não publicada), Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Rickwood, D., Deane, F., & Wilson C. (2007). *When and how do young people seek professional help for mental health problems?* Medical Journal of Australia, 187(7) Suppl, 35-39.
- Roberts, R., Golding, J., Towell, T., & Weinreb, I. (1999). *The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health*. Journal of American College Health, 48(3), 103-109.
- Rogers, C. (2009). *Tomar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora. ISBN 978-989-8160-46-1.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Basic Books, New York.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

- Rosenthal, B., & Wilson, C. (2008). *Mental Health Services: use and disparity among diverse college students*. *Journal of American College Health*, 57(1), 61-67. doi:10.3200/JACH.57.1.61-68
- Ross, S.E., Niebling, B.C., & Heckert, T. M. (1999). *Sources of stress among students*. *College Student Journal*, 33(2), 312-317.
- Royal College of Psychiatrists. (2011). *Mental Health of Students in Higher Education*. *College Report 166* - September 2011. Retrieved from <http://www.rcpsych.ac.uk>
- Royal College of Psychiatrists (2006). *The mental health of students in higher education*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Sakellari, E., Psychogiou, M., Georgiou, A., Papanidi, M., Vlachou, V., & Sapountzi-Krepia, D. (2017). *Exploring Religiosity, Self-Esteem, Stress, and Depression Among Students of a Cypriot University*. *Journal of Religion and Health*, 57(1), 136–145. doi:10.1007/s10943-017-0410-4
- Sanches, S., Osório F. L., Udina, M., Santos, R., & Crippa, J. (2012). *Associação entre ansiedade e hiper mobilidade articular: uma revisão sistemática*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34 (11), 53-68. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34s1/pt\\_v34s1a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34s1/pt_v34s1a05.pdf).
- Santos, M. L. R. (2011). *Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários* (Tese de doutoramento), Aveiro. Recuperado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/6738/1/Tese%20Luisa%20Santos.pdf>.
- Santos, P. (2008). *Validação da Rosenberg Self-esteem scale numa amostra de estudantes do ensino superior*. In Ana Paula Noronha, Carla Machado, Leandro Almeida, Miguel Gonçalves, Sara Martins & Vera Ramalho (Organizadores), *Avaliação psicológica: formas e contextos* (Vol. XIII). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Santos, L., Veiga, F., & Pereira. (2012). *A sintomatologia depressiva e percepção do rendimento académico no estudante do ensino superior*. In L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J. Silva, & V. Monteiro (Eds.), *Actas do 12º Colóquio de Psicologia e Educação – Educação Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática* (pp. 1656- 1666). Lisboa: ISPA.
- Saraiva, C. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel
- Sarmiento, A., Ferreira, T, Medeiros, E & Cintra, I. (2010). *Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em adolescentes obesos*. *Estudos e Pesquisas em*

Psicologia,10 (3), 833-847. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v10n3/v10n3a12.pdf>.

Schafer, W. (1996). *Stress management for wellness*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Schulenberg, J. E., & Maggs, J. L. (2002). *A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood*. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 54-70.

Schumacher, Karen L. & Meleis, A. I. (2010). *Transitions: A Central Concept in Nursing*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Seabra, A. (2008). *Síndrome de Burnout e a Depressão no Contexto da Saúde Ocupacional*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação elaborada no âmbito do curso de Doutoramento em Ciências de Saúde Mental ministrado pelo ICBAS. UP;

Seco, G., Pereira, M. I., Dias, M. I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2007). *Construindo pontes para uma adaptação bem sucedida ao ensino superior: implicações práticas de um estudo*. Comunicação apresentada no Congresso Da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação IX, Madeira. Recuperado de: <http://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/18>

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/275518330\\_Introducao\\_a\\_Pratica\\_Clinica\\_-\\_do\\_diagnostico\\_a\\_intervencao\\_em\\_saude\\_mental](https://www.researchgate.net/publication/275518330_Introducao_a_Pratica_Clinica_-_do_diagnostico_a_intervencao_em_saude_mental)

Serra, A. (2011) *O Stress na vida de todos os dias*; 3ª edição revista e aumentada. Coimbra

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviço de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação (2018). *Relatório Anual 2017 – A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Recuperado de [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/145/Relat%C3%B3rioAnual%202017%20ASitua%C3%A7%C3%A3oDoPa%C3%ADEmMat%C3%A9riadeDrogasEToxicodepend%C3%Aancias.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/145/Relat%C3%B3rioAnual%202017%20ASitua%C3%A7%C3%A3oDoPa%C3%ADEmMat%C3%A9riadeDrogasEToxicodepend%C3%Aancias.pdf)

- Silva, D., Marques, E., Lico, J., & Barroso, A. (2010). *Projeto "Integra-te"*. Paper presented at the Apoio Psicológico no Ensino Superior: modelos e práticas (I Congresso)
- Silva, J., & Costa, M. (2005). *Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens*. *Análise Psicológica*, 2 (23), 111-127. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a04.pdf>
- Silva, S. L. R., & Ferreira, J. A. G. (2009). Família e ensino superior: que relação entre dois contextos de desenvolvimento? *Exedra*, 1, 101-125.
- Soares, A. P. (2003). *Transição e adaptação ao ensino superior: construção e validação de um modelo multidimensional de ajustamento de jovens ao contexto universitário*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade do Minho, Braga.
- Soares, A. P., Guisande, M. A., & Almeida, L. S. (2007). *Autonomia y ajuste académico: un estudio con estudiantes portugueses de premier año*. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 7 (3), 753-765.
- Spielberger, C. (1985). *Anxiety, cognition and affect: A state trait perspective*. In A. Tuma, & J. Maser, *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: NJ: Earlbaum.
- Szpak, J., & Kameg, K. (2013). *Simulation Decreases Nursing Student Anxiety Prior to Communication With Mentally Ill Patients*. *Clinical Simulation in Nursing*, 9, 13-19.
- Tartakovsky, M. (2008). *Distúrbios de depressão e ansiedade em estudantes universitários*. Recuperado de <http://psychcentral.com/lib/2008/depression-and-Anxiety-Among-College-Students/>
- Tavares, M. (2014). *Transição para a parentalidade e a saúde mental no puerpério: significados para a mulher em risco de depressão pós-parto* (tese de doutoramento). Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78946/2/35026.pdf>
- Taveira, M. C. (2001). O papel da universidade na orientação e desenvolvimento dos alunos: contributos para um modelo de intervenção psicoeducacional. *ADAXE – Revista de Estudios e Experiencias Educativas*, 17, 65-77.
- Taveira, M. C., Maia, A., Santos, L., Castro, S., Couto, S., Amorim, P., Rosário, P., Araújo, S., Soares, A., P., Oliveira, H. & Guimarães, C. (2000). *Apoio psicossocial na transição para o Ensino Superior: um modelo integrado de serviços*. In A. P. Soares, A. Osório, J. V. Capela, L. S. Almeida, R. M. Vasconcelos, & S. Caires (Eds.), *Transição para o ensino superior* (pp. 223-229). Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/12123>

- Tedeschi, R.G., Park, C.L., & Calhoun, L.G. (1998). *Posttraumatic growth*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Teixeira, M., Castro, G., & Piccolo, L. (2007). *Adaptação à universidade em estudantes universitários: Um estudo correlacional*. *Interação em Psicologia*, 11(2).
- Teixeira, M., Dias, A. C., Wottrich, S., & Oliveira, A. (2008). *Adaptação à universidade de jovens caloiros*. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, 12 (1), 185-202.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). *Ansiedade e depressão em medicina - Modelos teóricos e avaliação*. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89-98. Recuperado de [actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/.../1260](http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/.../1260)
- Van Tilburg, M.A.L. (2006). *The psychological context of homesickness*. In: M.A.L. Van Tilburg & A.J.J.M. Vingerhoets (Eds.), *Psychological aspects of geographical moves: Homesickness and acculturation stress* (pp. 37-49). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Vasquez, F. & Blanco, V. (2008). *Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students*; *Journal of American College Health*.
- Vaysse, B., Gignon, M., Zerkly, S., & Gangry, O. (2014). *Alcohol, tobacco, cannabis, anxiety and depression among second-year medical students*. *Sante Publique*, 26 (5), 613-629.
- Vaz Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN 972-95003-2-0.
- Velez, D., Garzón, C., & Ortíz, D. (2008). *Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Vitasaria, P., Wahabb, M., Othmanc, A., Herawand, T., & Sinnaduraie, S. (2010). *The Relationship Between Study Anxiety and Academic Performance among Engineering Students*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 8, 490-497. Recuperado de [http://ac.els-cdn.com/S1877042810021725/1-s2.0-S1877042810021725-main.pdf?\\_tid=5788c962-b89a-11e5-aa230000aacb35e&acdnat=1452541053\\_8470e9193e370a913eaa2b9fa3d4e49c](http://ac.els-cdn.com/S1877042810021725/1-s2.0-S1877042810021725-main.pdf?_tid=5788c962-b89a-11e5-aa230000aacb35e&acdnat=1452541053_8470e9193e370a913eaa2b9fa3d4e49c).
- Vincenzo, T. & Aprile, M. (2013). *Autoestima, conceitos correlatos e avaliação*. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 5(1), pp. 36-48.

- Wall, K., Cunha, V., Atalaia, S., Rodrigues, L., Correia, R., Correia, S. & Rosa, R. (2016). *Livro Branco – Homens e igualdade de género em Portugal*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-8399-75-7. Recuperado de: [http://cite.gov.pt/asstscite/images/papelhomens/LIVRO\\_BRANCO\\_Homens\\_e\\_Igualdade\\_de\\_Genero\\_em\\_Portugal.pdf](http://cite.gov.pt/asstscite/images/papelhomens/LIVRO_BRANCO_Homens_e_Igualdade_de_Genero_em_Portugal.pdf)
- WHO (2013). *Who report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Geneva: world health organization
- WHO (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care* / prepared by R. Humeniuk... [et al]. Recuperado de [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en)
- WHO (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: Author
- WHO(2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva,CH: World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en>
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneve: WHO.
- Witkiewitz, K., Desai, S. A., Steckler, G., Jackson, K. M., Bowen, S., Leigh, B. C., & Larimer, M. E. (2012). *Concurrent drinking and smoking among college students: An event-level analysis*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 649-654. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/a0025363>

## ANEXO I – REQUERIMENTO RSES

### Requerimento - Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES), Adaptado à População Portuguesa

AR

Ána Rita  
Wed 3/13/2019 5:31 PM  
pjsosantos@sapo.pt

↩ ↶ → …

Caro Prof. Dr. Paulo Jorge Santos,

Eu, Ana Rita Cunha Rosado, licenciada em Enfermagem, frequento de momento o Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e encontro-me a realizar a minha dissertação sobre o tema de "A relação entre a auto-estima, o consumo de substâncias, as perturbações de ansiedade e depressão nos estudantes de Enfermagem", sob a orientação da Professora Doutora Rosa Lopes.

Deste modo, e uma vez que considero que seja o autor que tenha validado este questionário/escala para a população portuguesa (2003) venho por este meio solicitar-lhe a autorização para a aplicação da Escala de Auto-estima de Rosenberg (RSES) - (versão adaptada para a população portuguesa de Santos e Maia 2003), assim como o envio da respectiva escala e sua cotação.

Agradeço a sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos, aguardo uma resposta com a brevidade possível,  
Rita Rosado

### RE: Requerimento - Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES), Adaptado à População Portuguesa

🕒 You replied on Fri 4/5/2019 7:43 PM

SM

SAPO Mail <pjsosantos@sapo.pt>  
Thu 3/14/2019 6:49 PM  
You

 RSES formulário tipo.doc  
34 KB

Cara Rita Rosado,

Envio-lhe em anexo um formulário que lhe pedia para preencher e enviar-me. Após a sua receção far-lhe-ei chegar a escala solicitada.

Cumprimentos

Paulo Santos

Faculdade de Letras  
Departamento de Filosofia  
Universidade do Porto

# FORMULÁRIO

## Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)\*

Paulo Jorge Santos, Versão Portuguesa da *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965)

### 1. Identificação do Estudo/Projeto

“Prevalência do consumo de substâncias, perturbações de ansiedade e depressão nos estudantes de enfermagem com baixa autoestima”.

### 2. Identificação do Investigador Responsável

[para alunos] Orientador/supervisor de projeto/tese

Nome: Ana Rita Cunha Rosado

E-mail: ritahh3@hotmail.com

### 3. Identificação dos elementos da equipa do projeto

Nome:

-

E-mail: -

### 4. Objetivos do Projeto

- Compreender a relação entre a autoestima, o consumo de substâncias, o desenvolvimento de perturbações de ansiedade e depressão;
- Sensibilizar para a possível necessidade de intervenção do EESMP nos estudantes de enfermagem da região centro.

### 5. Dados Metodológicos

#### 5.1. Tipo de população

Estudantes de uma Escola Superior de Enfermagem a frequentar o 1º ano da licenciatura em Enfermagem.

#### 5.2. Tamanho da amostra

50 estudantes.

#### 5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

- ASSIST;

- EADS-21

\* Enviar por e-mail: pjsosantos@sapo.pt

RE: Requerimento - Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES), Adaptado à População Portuguesa



SAPO Mail <pjsosantos@sapo.pt>  
Sat 4/6/2019 7:20 PM  
You



RSESRevista.doc  
35 KB



RSES manual.pdf  
10 KB

2 attachments (46 KB) Download all Save all to OneDrive

Cara Ana Rita:

Na sequência da sua mensagem envio-lhe, em anexo, o instrumento solicitado e um pequeno manual de cotação do mesmo. Agradeço que aceite partilhar comigo os resultados da sua investigação quando esta estiver concluída. Pedia-lhe ainda que não facultasse a ninguém o instrumento que agora lhe envio. Em alternativa disponibilize o meu endereço de correio eletrónico. Terei muito prazer em ser, eu próprio, a enviar uma cópia da Rosenberg Self-Esteem Scale.

Com os melhores cumprimentos

Paulo Santos

Faculdade de Letras  
Departamento de Filosofia  
Universidade do Porto  
Via Panorâmica, s/n  
4150-564 Porto

## ANEXO II – REQUERIMENTO EADS-21

requerimento - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens de Lovibond e Lovibond

AR

Ana Rita  
Tue 3/26/2019 12:01 PM  
jlpr@fpce.up.pt

↶ ↷ → …

Caro Prof. Dr. José L. Pais-Ribeiro,

Eu, Ana Rita Cunha Rosado, licenciada em Enfermagem, frequento de momento o Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e encontro-me a realizar a minha dissertação sobre o tema de "A relação entre a auto-estima, o consumo de substâncias, as perturbações de ansiedade e depressão nos estudantes de Enfermagem", sob a orientação da Professora Doutora Rosa Lopes.

Deste modo, e uma vez que considero que seja o autor que tenha validado estas escalas para a população portuguesa venho por este meio solicitar-lhe a autorização para a aplicação das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens de Lovibond e Lovibod, assim como o envio da respectiva escala e sua cotação.

Agradeço a sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos, aguardo uma resposta com a brevidade possível,  
Rita Rosado

RE: requerimento - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens de Lovibond e Lovibond

J

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>  
Tue 3/26/2019 3:12 PM  
You

**Cara Colega**

**Autorizamos o uso da versão da EADS-21 que traduzimos e estudámos para uso com a população portuguesa.**

**Cordialmente**

José Luís Pais Ribeiro  
[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

### ANEXO III – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DA PRESIDENTE DA INSTITUIÇÃO

De: Ana Rita <[ritahh3@hotmail.com](mailto:ritahh3@hotmail.com)>

Enviada: terça-feira, 30 de abril de 2019 10:15

Para: [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de instrumento de recolha de dados

Exm.<sup>a</sup> Sra. Presidente da Escola Superior de Enfermagem [REDACTED]  
[REDACTED]

Eu, Ana Rita Cunha Rosado, residente na [REDACTED], licenciada em Enfermagem, estudante do Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a desenvolver dissertação que pretende estudar a influência da auto estima no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade e depressão nos estudantes de enfermagem sob orientação da prof. Doutora Rosa Lopes, solicito a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para aplicar um instrumento de recolha de dados aos estudantes de enfermagem do 1º ano da Escola Superior de Enfermagem [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos, Ana Rita Cunha Rosado

[REDACTED] <[REDACTED].pt>

Thu 6/6/2019 2:55 PM

You;

Exma. Senhora Enfermeira Ana Rita Cunha Rosado,

Na sequência do email de V. Exa, encarrega-me o Senhor Vice Presidente da Escola Superior de Enfermagem [REDACTED], Professor [REDACTED], de informar **que está autorizado o solicitado, devendo a Professora orientadora da dissertação articular este assunto com a Senhora Professora [REDACTED], Coordenadora do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem ([REDACTED]).**

Com os melhores cumprimentos.

O Secretariado,

[REDACTED]

**ANEXO IV – FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À  
COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

**COMISSÃO DE ÉTICA**

da **Unidade Investigação** [REDACTED]

da [REDACTED]

**Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética  
Relativos a Estudos de Investigação**

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

**Título do Projeto:** "A influência da auto estima no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade e depressão nos estudantes de enfermagem".

**Identificação do(s) Proponente(s)**

Nome(s): Ana Rita Cunha Rosado

Filiação Institucional: estudante do Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

**Investigador responsável/orientador:** Professora Doutora Rosa Cristina Lopes

**Justificação:** Sabe-se que os anos universitários são uma fase de transição da adolescência para a idade adulta, em que os jovens experienciam rápidas mudanças e diversos desafios, como a independência da família, a formação de um novo ciclo de amigos, o medo da solidão, os problemas financeiros assim como a gestão do dinheiro, a necessidade de se adaptarem a um novo lar e a gestão de tempo. Estas mudanças sociais, culturais e financeiras desencadeiam um impacto negativo na saúde mental dos jovens, existindo estudos realizados internacional e nacionalmente que relatam que a juventude universitária é um grupo de risco de problemas de saúde mental, salientando-se a depressão (Hiçdurmaz, D., Inci, F. & Karahan, S., 2017). Perante estas circunstâncias, segundo Candeias (2016), os cuidados de enfermagem devem ter em consideração estes eventos de vulnerabilidade, que poderão de forma direta ou indireta afetar a saúde, a saúde mental e o bem-estar da pessoa. Por este motivo, o cuidado de enfermagem deve-se perspetivar sob a Teoria das Transições, entendendo os processos de transição, como experiências humanas moldadas pelas diferentes condições pessoais e ambientais, expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, assim como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994).

As transições suscitam diferentes emoções, que surgem muitas das vezes pelas dificuldades encontradas nos próprios processos de transição e das situações que as originam, podendo causar instabilidade, alterações na autoestima, mudanças no desempenho de papéis, ansiedade, depressão e insegurança, até que encontre o equilíbrio perdido.

A importância da resposta ao problema de investigação "A influência da autoestima, no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade e depressão nos estudantes de enfermagem da região centro", prende-se então com a necessidade de prevenir o surgimento de doenças mentais derivadas dos problemas de autoestima dos estudantes e compreender então de que forma é que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria assume um papel essencial na promoção da saúde e na prevenção da doença, procurando também uma maior qualidade de vida e um maior sucesso escolar por parte dos estudantes, futuros enfermeiros.

**Data prevista de início da colheita de dados:** 1 de junho de 2019

**Data prevista de fim da colheita de dados:** 31 de julho de 2019

#### **Objetivos do Estudo:**

Compreender a influência da autoestima, no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de enfermagem da região centro;

Sensibilizar para a possível necessidade de intervenção do EESMP nos estudantes de enfermagem da região centro.

**Data prevista de início dos trabalhos:** Fevereiro de 2019 **Data prevista de fim dos trabalhos:**

#### **Metodologia**

##### Tipo de Estudo:

Tendo em vista a natureza desta investigação, este estudo irá se desenvolver no paradigma quantitativo, com um desenho descritivo-correlacional de corte transversal.

##### População e Amostra/Informantes:

População: estudantes da Escola Superior de Enfermagem [REDACTED] a frequentar o 1º ano no ano letivo 2018/2019.

Amostra: 70 alunos, por amostragem acidental.

##### Critérios de Inclusão/Exclusão:

Não se aplica.

##### Locais onde Decorre a Investigação:

Escola Superior de Enfermagem [REDACTED]

##### Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

- Caracterização da amostra

- Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens de Lovibond e Lovibond (EADS – 21)
- *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)
- *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES)

Garantia de Confidencialidade:

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

Em momento definido para o efeito (sala de aula) e após as devidas autorizações, será feita a apresentação do investigador, do estudo e seus objetivos, e esclarecidas as eventuais questões manifestadas pelos possíveis participantes. Posteriormente, aos estudantes que manifestem interesse em participar no estudo, será fornecido o consentimento informado que será assinado pelo estudante e pelo investigador (Anexo A). Paralelamente, para além do carácter voluntário da participação será dada garantia de toda a informação será tratada de modo confidencial e anónimo.

#### **Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?**

Explicitar em caso afirmativo:

Não se aplica.

#### **Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?**

Explicitar em caso afirmativo:

Os sujeitos irão beneficiar desta investigação no sentido em que, será agendada com os mesmos uma sessão em que se dará conhecimento dos resultados desta investigação, de forma confidencial, para que seja possível eventualmente de acordo com os resultados obtidos sensibilizar e alertar para a eventual necessidade de intervenção, no sentido, de promoção da saúde mental e na prevenção da doença.

#### **Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:**

Não se aplica.

#### **ANEXAR**

**1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação** (caso já exista)

**2 - Folha de Consentimento Informado** (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;

- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- caráter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

**3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados**

**4 – Projeto de Investigação** (máximo 20 páginas)

**5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s)** (máximo 1 página por cada)

**Termo de Responsabilidade**

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

**Data:**

**O(s) Proponente(s):**



(Assinatura manuscrita)

## **ANEXO A – FOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, Ana Rita Cunha Rosado, licenciada em Enfermagem, estudante do Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a desenvolver, sob a orientação da Professora Doutora Rosa Cristina Lopes, uma dissertação que pretende estudar a influência da auto estima no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade e depressão nos estudantes de enfermagem. Esta apresenta como objetivos:

- Compreender a influência da autoestima, no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de enfermagem da região centro;
- Sensibilizar para a possível necessidade de intervenção do EESMP nos estudantes de enfermagem da região centro.

No âmbito deste estudo é necessário proceder a uma recolha de dados, para o qual solicito a sua colaboração, durante uns breves minutos, para o preenchimento do instrumento de recolha de dados anexo a este documento, garantindo que todas as informações que forem fornecidas serão sempre tratadas de modo confidencial e anónimo, para isso é necessário que assine o presente documento de consentimento. Importa ainda referir que a participação e preenchimento do questionário é de cariz voluntário, pelo que se pretender desistir, poderá fazê-lo a qualquer momento.

Eu, \_\_\_\_\_  
estudante do 1º ano de Licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem \_\_\_\_\_ declaro que recebi a informação necessária e fui esclarecido(a) sobre o presente estudo, aceitando participar neste de forma consciente e voluntária. Autorizo a utilização do conteúdo do instrumento de recolha de dados na realização deste trabalho.

Assinatura do participante no estudo

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Investigadora responsável

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2019

Obrigado pela sua colaboração, Rita Rosado

## **ANEXO B - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

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

Eu, Ana Rita Cunha Rosado, licenciada em Enfermagem, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação, no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Rosa Cristina Lopes.

Este trabalho de investigação tem como objetivos:

- Compreender a influência da autoestima no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade e depressão nos estudantes de enfermagem da região centro;
- Sensibilizar para a possível necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) nos estudantes de enfermagem da região centro.

O seu contributo ao preencher este questionário, sendo voluntário, é imprescindível para a continuidade deste estudo. Ficaria muito grata se colaborasse, exprimindo individualmente a sua opinião. É importante responder a todas as questões, atendendo que não há respostas certas ou erradas. As informações que constam deste instrumento de recolha de dados serão anónimas e confidenciais.

Com os meus agradecimentos e cumprimentos,  
Rita Rosado

## I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Idade: \_\_\_\_ Género: Feminino  Masculino  Estado Civil: Solteiro(a)  Casado(a)

Concelho de residência: \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ foi a instituição de ensino eleita em 1ª opção: Sim  Não

Com quem reside no período de aulas: com os pais  com outros familiares

com o(a) parceiro(a)  com amigos  Sozinho

Rendimento familiar mensal: 500€ - 1000€  1000€ - 2000€  >2000€

Escolaridade do pai: 4ª classe  9º ano  12º ano  Licenciatura

Escolaridade da mãe: 4ª classe  9º ano  12º ano  Licenciatura

Sente-se apoiado nesta fase? Sim  Não

Se sim, por quem? Pais  outros familiares  parceiro(a)  amigos

Profissionais  especifique os profissionais \_\_\_\_\_

## II PARTE – ASSIST (Alcohol Smoking and Substance Involvement screening)

O ASSIST permite detetar, para além do álcool, a gravidade do consumo de todas as substâncias. Por favor, assinale a resposta correta com um “X”.

### ASSIST

| 1. Ao longo da sua vida, quais das seguintes substâncias que já consumiu? [só as que consumiu sem receita médica] | Não                        | Sim                        |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| j. Outras. [Especifique:]   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |

[se todas as respostas forem negativas pergunte: “Nem mesmo quando andava na escola?”] [se “não” para todas as substâncias, termine o questionário] [se “sim” para qualquer substância, passe para a questão 2 em relação a cada substância já consumida]

| <b>2. Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das substâncias que mencionou? [1ª substância, 2ª substância, etc.]</b> | <b>Nunca</b>               | <b>1 a 2 vezes</b>         | <b>1 a 3 vezes por mês</b> | <b>1 a 4 vezes por semana</b> | <b>5 a 7 vezes por semana</b> |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6    |
| b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6    |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6    |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6    |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6    |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6    |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6    |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6    |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6    |
| j. Outras. <b>[Especifique:]</b>  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4    | <input type="checkbox"/> 6    |

[se “nunca” para todas as substâncias, passe para a questão 6]

[se alguma substância foi consumida, continue com as questões 3,4 e 5 para cada substância consumida]

| <b>3. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir? [1ª substância, 2ª substância, etc.]</b> | <b>Nunca</b>               | <b>1 a 2 vezes</b>         | <b>1 a 3 vezes por mês</b> | <b>1 a 4 vezes por semana</b> | <b>5 a 7 vezes por semana</b> |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| j. Outras. <b>[Especifique:]</b>  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |

| <b>4. Nos últimos 3 meses, com que frequência o seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.] originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?</b> | <b>Nunca</b>               | <b>1 a 2 vezes</b>         | <b>1 a 3 vezes por mês</b> | <b>1 a 4 vezes por semana</b> | <b>5 a 7 vezes por semana</b> |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| j. Outras. <b>[Especifique:]</b>   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |

| <b>5. Nos últimos 3 meses, com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?</b> | <b>Nunca</b>                                  | <b>1 a 2 vezes</b>         | <b>1 a 3 vezes por mês</b> | <b>1 a 4 vezes por semana</b> | <b>5 a 7 vezes por semana</b> |
|---|---|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <b>[esta questão não se aplica ao Tabaco]</b> |                            |                            |                               |                               |
| b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0                    | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7    | <input type="checkbox"/> 8    |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0                    | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7    | <input type="checkbox"/> 8    |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0                    | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7    | <input type="checkbox"/> 8    |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0                    | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7    | <input type="checkbox"/> 8    |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nítrico, solvente, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0                    | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7    | <input type="checkbox"/> 8    |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos  | <input type="checkbox"/> 0                    | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7    | <input type="checkbox"/> 8    |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0                    | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7    | <input type="checkbox"/> 8    |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)  | <input type="checkbox"/> 0                    | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7    | <input type="checkbox"/> 8    |
| j. Outras. <b>[Especifique:]</b>  | <input type="checkbox"/> 0                    | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7    | <input type="checkbox"/> 8    |

[Faça a questão seguinte (6) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

| <b>6. Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?</b> | <b>Não, nunca</b>          | <b>Sim, mas não nos últimos 3 meses</b> | <b>Sim, aconteceu nos últimos 3 meses</b> |
|--|----------------------------|---|---|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| j. Outras. <b>[Especifique:]</b>   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |

[Faça questão seguinte (7) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

| <b>7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?</b> | <b>Não, nunca</b>          | <b>Sim, mas não nos últimos 3 meses</b> | <b>Sim, aconteceu nos últimos 3 meses</b> |
|---|----------------------------|---|---|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)                                       | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| j. Outras. <b>[Especifique:]</b>  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 6                |
| <b>8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável? [só as que consumiu sem receita médica]</b>          | <b>Não, nunca</b>          | <b>Sim, mas não nos últimos 3 meses</b> | <b>Sim, aconteceu nos últimos 3 meses</b> |
|   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                  |

[na situação de consumo por via injetável nos últimos 3 meses, deve questionar sobre a frequência e o padrão de consumo neste período, de forma a determinar o nível de risco e a intervenção mais adequada]

### III PARTE – EADS-21 (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens de Lovibond e Lovibond)

Por favor leia cada uma das afirmações e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte: 0 – não se aplicou nada a mim; 1 – aplicou-se a mim algumas vezes; 2 – aplicou-se a mim muitas vezes; 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Tive dificuldades em me acalmar   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Senti a minha boca seca   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Não consegui sentir nenhum pensamento positivo  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Senti dificuldades em respirar  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Senti tremores  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e<br>fazer figura ridícula                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Dei por mim a ficar agitado  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Senti dificuldade em relaxar   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Senti-me desanimado e melancólico  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse<br>de terminar aquilo que estava a fazer | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Senti-me quase a entrar em pânico  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Senti que não tinha muito valor como pessoa  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Senti que por vezes estava sensível  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Senti alterações no coração sem fazer exercício físico   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Senti que a vida não tinha sentido   | 0 | 1 | 2 | 3 |

**IV parte – RSES (Rosenberg Self Esteem Scale)**

**RSES\***

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respetiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

\* pjsosantos@sapo.pt

|   | <b>Concordo fortemente</b> | <b>Concordo</b>          | <b>Discordo</b>          | <b>Discordo fortemente</b> |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <b>1.</b> Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <b>2.</b> Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.                                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <b>3.</b> Sinto que tenho algumas qualidades.   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <b>4.</b> Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <b>5.</b> Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <b>6.</b> Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <b>7.</b> Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <b>8.</b> Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).                                 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <b>9.</b> Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <b>10.</b> Adopto uma atitude positiva para comigo.   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

Autor original de Morris Rosenberg.

Tradução e validação por Paulo Jorge Santos.  
Utilização exclusiva para investigação

## ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

### COMISSÃO DE ÉTICA

da [REDACTED]

da [REDACTED]

#### Parecer Nº P581/04-2019

**Título do Projecto:** A influência da auto estima no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade e depressão nos estudantes de enfermagem.

#### Identificação das Proponentes

**Nome(s):** Ana Rita Cunha Rosado

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Investigador Responsável/Orientador:** Prof.ª Doutora Rosa Cristina Lopes

**Relator:** [REDACTED]

#### Parecer

Integrado em Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a proponente apresenta estudo com os objetivos de "*Compreender a influência da autoestima, no consumo de substâncias, sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de enfermagem da região centro; Sensibilizar para a possível necessidade de intervenção do EESMP nos estudantes de enfermagem da região centro.*"

O estudo é justificado com o conhecimento de "*que os anos universitários são uma fase de transição da adolescência para a idade adulta, em que os jovens experienciam rápidas mudanças e diversos desafios, como a independência da família, a formação de um novo ciclo de amigos, o medo da solidão, os problemas financeiros assim como a gestão do dinheiro, a necessidade de se adaptarem a um novo lar e gestão do tempo.*"

O estudo é definido metodologicamente como "*...quantitativo, com um desenho descritivo-correlacional de corte transversal.*"

Os participantes são "... [REDACTED] ,

A recolha, codificação e tratamento dos dados será efetuada pela proponente.

No documento submetido:

- São apresentadas as autorizações dos autores dos diversos instrumentos a utilizar;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada das participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos para os participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado. No entanto, o presente parecer não dispensa a autorização da instituição onde serão recolhidos os dados.

O relator: [REDACTED]

Data: 22/05/2019 O Presidente da Comissão de Ética: [REDACTED]