



universidad  
de león

## TESIS DOCTORAL

**Consumo de sustancias psicoactivas en universitarios...  
¿Cuál es la realidad?**

**Consumo de substâncias psicoativas nos jovens  
universitários... Qual a realidade?**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR:

**Olívia da Conceição Costa Maria**

**Tutora:** Doctora Dña. Maria José Diez Liébana

**Programa de Doctorado: Investigación Aplicada a las Ciencias  
Sanitarias** por la Universidad de las Palmas de Gran Canaria, la  
Universidad de León y la Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro  
(Portugal)

**Directoras:** Doctora Dña. Ana Maria Português Galvão  
Doctora Dña. Maria José Diez Liébana

**León, 2022**





universidade  
de León

## TESIS DOCTORAL

**Consumo de sustancias psicoactivas en universitarios...  
¿Cuál es la realidad?**

**Consumo de substâncias psicoativas nos jovens  
universitários... Qual a realidade?**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR:

**Olívia da Conceição Costa Maria**

**Tutora:** Doctora Dña. Maria José Diez Liébana

**Programa de Doctorado: Investigación Aplicada a las Ciencias  
Sanitarias** por la Universidad de las Palmas de Gran Canaria, la  
Universidad de León y la Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro  
(Portugal)

**Directoras:** Doctora Dña. Ana Maria Português Galvão

Doctora Dña. Maria José Diez Liébana

**León, 2022**



*“Não tenho logo mais que desejar,  
Pois em mim tenho a parte desejada.”*

*Luís Vaz de Camões*



## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às minhas filhas Beatriz Maria,  
Leonor Maria, Maria Teresa e Maria Constança,  
aos meus pais, e ao meu marido,  
simplesmente... por tudo!





## AGRADECIMENTOS

Desde tenra idade que me foi transmitida, em especial pelos meus pais, a noção de que é importante agradecer às pessoas os seus gestos, as suas palavras, a sua solidariedade e, de forma mais geral, o afeto com que se disponibilizam para nos amparar em momentos de maior adversidade. Agradecer, expressa o sentimento de felicidade e respeito por algo ou alguém que de algum modo nos foi importante em qualquer momento de vida.

No término da presente Tese de doutoramento que representa o culminar de um trajeto, repleto de momentos por vezes atribulados, mas de onde e, em cômputo geral, ressalta um balanço extremamente positivo onde a determinação e perseverança prevaleceram, sobeja aqui prestar o devido reconhecimento aos que me acompanharam, ajudaram e tornaram possível este percurso, e que com enorme prazer destaco de seguida.

À orientadora Professora Doutora Ana Maria Galvão pela inteira disponibilidade sempre demonstrada e por aceitar este compromisso. Pela incrível paciência, objetividade e imprescindíveis sugestões e por contribuir para o meu crescimento pessoal e profissional. Pela amizade! Obrigado por todo o apoio e ajuda, não só de agora, mas desde que a conheço. Em todas as suas palavras encontrei sempre o apoio e força necessária para a concretização de mais uma etapa deste percurso.

À tutora Professora Doutora Maria Diez Liébana pela sua ajuda, partilha do seu saber, pela sua disponibilidade, humanidade, simpatia, apoio e objetividade.

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro e ao Mestre Paulo Jorge Rodrigues um sentido agradecimento pela imediata autorização para a utilização da sua escala e versão traduzida e adaptada do instrumento, respetivamente.

Ao Sr.Presidente do Instituto Politécnico de Bragança e aos Professores dos cursos abrangidos pela investigação, nas várias escolas do Instituto Politécnico de Bragança, que demonstraram disponibilidade e prontificaram cooperação na aplicação dos instrumentos da colheita de dados.

Ao Dr. Marco Pinheiro, pelo incrível apoio prestado de forma dedicada e competente, na análise estatística dos dados.

A Dr<sup>a</sup> Celeste, pelo imenso carinho e disponibilidade para os esclarecimentos, pelo constante estímulo e alento.

Ao Dr. Mariano Fuertes pela colaboração, disponibilidade e compreensão, num intervalo de tempo tão reduzido...

Aos estudantes que se disponibilizaram e voluntariaram para preenchimento dos questionários aplicados pois, sem os mesmos, era impossível a realização desta investigação.

A todos com quem, ao longo do meu trajeto, compartilhei experiências que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional, sendo eles os profissionais, os cidadãos da comunidade, os professores e colegas académicos.

À minha família e amigos por estarem sempre presentes, e por incansáveis me oferecerem constantemente, todo o carinho, afeto, atenção, paciência, motivação e verdadeira preocupação que me transmitiu a serenidade precisa para nunca desistir.

A todos aqueles que direta ou indiretamente me permitiram chegar aqui e sem os quais tal não teria sido possível, a lista é demasiado extensa para conseguir enumerar todos.

A todos vós... um enorme bem haja e a minha sincera GRATIDÃO!

Pois... quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido... mas aquele que vai acompanhado, chega sem dúvida mais longe!

## RESUMEN

El consumo de sustancias psicoactivas por parte de los jóvenes en un contexto académico de nivel superior es un tema preocupante de salud comunitaria, debido a los efectos nocivos directos implícitos, así como al cambio en sus estilos de vida.

Por lo tanto, con el objetivo de promover la salud de los jóvenes, una mirada más cercana a este problema puede constituir una inversión significativa en términos de ganancias en salud a nivel individual y colectivo, contribuyendo al desarrollo y bienestar de este grupo de edad de la población.

En este contexto, la presente investigación tiene como objetivos principales: identificar el nivel de salud psicológica (depresión, ansiedad y estrés) e identificar los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal.

Se utilizó una muestra de 392 estudiantes, representativa de la población de estudio. La recogida de datos se realizó en abril, mayo y junio de 2017, a través de un cuestionario autoadministrado para recolectar datos sociodemográficos, nivel de salud mental y comportamientos asociados a hábitos de consumo de sustancias. La evaluación de la salud psicológica de los estudiantes se realizó a través de la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (EADS21) y para determinar la existencia de conductas de riesgo en el contexto del uso de sustancias en varios aspectos dimensionales, se utilizó el DUSI-R.

Como principales resultados destacamos que en Salud Mental la mayoría de los estudiantes universitarios tienen niveles de ansiedad, depresión y estrés que tienden a ser normales y de acuerdo con expectativas. Más del 25% de los estudiantes muestran índices de intensidad por encima de lo normal en las dimensiones de depresión y estrés, alcanzando casi un tercio en la dimensión de ansiedad. Las mujeres revelan una menor salud mental en todas las dimensiones: ansiedad, depresión y estrés en comparación con los estudiantes varones, sin embargo, con mayor evidencia en la dimensión de estrés. El ejercicio influye favorablemente en los niveles de estrés, ansiedad y depresión. El inicio de la actividad sexual afecta favorablemente los niveles de salud mental, con mayor expresión en la dimensión de depresión. El movimiento del lugar de residencia no altera

los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes. Los estudiantes que consideran relevante una mayor formación en esta área, tienen un mejor índice de Salud Mental, con mayor expresividad en la dimensión de depresión.

En vista de la identificación de conductas de riesgo en el contexto del uso de sustancias en varios aspectos dimensionales (Uso de Sustancias, Patrón de Conducta, Trastorno Mental, Habilidades Sociales, Estructura Familiar, Rendimiento Académico y Relación entre Pares), concluimos que: las tres sustancias con mayor frecuencia de consumo registradas en los últimos 30 días, previos a la encuesta, son el alcohol (76.7%), el cannabis (24.5%) y los analgésicos (15.7%). En promedio, ambos sexos presentan datos que superan el punto de corte, considerados problemáticos, a excepción de las dimensiones Uso de sustancias y Estructura familiar donde la mayoría de los encuestados parecen tener un nivel de intensidad considerado normal. Los varones destacan por revelar valores más pronunciados, es decir, más conductas de riesgo, a excepción de las dimensiones Patrón de conducta, Trastorno mental y Habilidades sociales. En las dimensiones anteriores, en las que los estudiantes tienen mayores niveles de riesgo, las diferencias son más moderadas entre los sexos. La práctica de ejercicio físico y el movimiento del lugar de residencia no afectan a las conductas multi-dimensionales asociadas al consumo de sustancias de los estudiantes. Los estudiantes están influenciados por el inicio de la actividad sexual negativamente en la dimensión de uso de sustancias y positivamente en la dimensión de Habilidades Sociales. Con la excepción de la dimensión de habilidades sociales, el comportamiento de los estudiantes está influenciado por la relevancia de la capacitación, y los estudiantes que no tienen necesidades de capacitación son más problemáticos. En general, la intensidad de las relaciones observadas nos remite a la importancia de desarrollar intervenciones para promover la salud y la alfabetización en salud más efectivas y específicas, mirando el contexto personal, comunitario y académico que contribuye al desarrollo, empoderamiento y bienestar de este grupo poblacional.

***Palabras clave:*** Alfabetización, Estudiantes Universitarios, Salud Mental, Uso de Sustancias,

## RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas pelos jovens em contexto académico de nível superior depara-se como uma questão inquietante de saúde comunitária, pelos nefastos efeitos diretos implícitos, bem como pela alteração dos seus estilos de vida.

Assim, visando a promoção da saúde juvenil, um olhar mais atento sobre esta problemática pode constituir um investimento significativo em termos de ganhos de saúde no plano individual e coletivo.

Neste contexto, a presente investigação, possui como objetivos major: identificar o nível de saúde psicológica (depressão, ansiedade e stress) e identificar os hábitos de consumo de substâncias psicoativas dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. Utilizou-se uma amostra de 392 alunos, representativa da população em estudo. A colheita de dados foi realizada em abril, maio e junho de 2017, através de um questionário de autopreenchimento para recolha de dados de cariz sociodemográfico, nível de saúde mental e comportamentos associados aos hábitos de consumo de substâncias. A avaliação da saúde psicológica dos alunos foi realizada através da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS21) e para determinar a existência de comportamentos de risco no âmbito do uso de substâncias em várias vertentes dimensionais, foi utilizado o DUSI-R.

Como principais resultados destacamos que face à Saúde Mental a maioria dos estudantes universitários apresentam níveis de ansiedade, depressão e stress tendencialmente normais e até espectáveis. Mais de 25% dos estudantes mostram índices de intensidade acima do normal, nas dimensões depressão e stress, chegando a quase um terço na dimensão ansiedade. O sexo feminino revela menor saúde mental, em todas as dimensões: ansiedade, depressão, e stress, quando comparado com os estudantes do género masculino, no entanto, com maior evidência na dimensão stress. O exercício físico influencia favoravelmente os níveis de stress, ansiedade e depressão. O início da atividade sexual afeta favoravelmente os níveis de saúde mental, com maior expressão na dimensão depressão. A movimentação do local de residência, não altera os níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes. Os estudantes que consideram

pertinente mais formação na área afeta à temática, apresentam melhores índices Saúde Mental, com maior expressividade na dimensão da Depressão. Face à identificação de comportamentos de riscos no âmbito do uso de substâncias em várias vertentes dimensionais (Uso de Substâncias, Padrão de Comportamento, Perturbação Mental, Competências Sociais, Estrutura Familiar, Desempenho Académico e Relação com Pares), concluímos que: as três substâncias com maior frequência de consumo registadas nos últimos 30 dias são álcool (76.7%), cannabis (24.5%) e analgésicos (15.7%). Em média, ambos os sexos apresentam dados que ultrapassam o ponto de corte, considerado problemático, à exceção das dimensões Uso de substâncias e Estrutura familiar onde uma maioria de respondentes apresenta um nível de intensidade considerado normal. O sexo masculino destaca-se por revelar valores mais acentuados, ou seja, mais comportamentos de risco, excetuando as dimensões Padrão de comportamento, Perturbação mental e Competências sociais. Nas dimensões anteriores, em que as estudantes apresentam níveis mais elevados de risco, as diferenças são mais moderadas entre os sexos. A prática de exercício físico e a movimentação do local de residência não afetam os comportamentos multidimensionais associados ao consumo de substâncias dos estudantes. Os estudantes são influenciados pelo início da atividade sexual negativamente na dimensão Uso de substâncias e de modo positivo na dimensão Competências Sociais. À exceção da dimensão Competências sociais, os comportamentos das restantes dimensões são influenciados relativamente à pertinência da formação, sendo que os estudantes que não registam necessidades de formação se revelam com valores mais problemáticos.

Na globalidade, a intensidade das relações verificadas remete-nos para a importância de desenvolver intervenções de promoção da saúde e da literacia em saúde mais efetivas e específicas, atentando no contexto pessoal, comunitário e académico contribuindo para o desenvolvimento, empowerment e bem-estar deste grupo da população.

***Palavras-chave:*** Consumo de substâncias, Literacia, Saúde mental, Universitários

## ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances by young people in a higher-level academic context is a disturbing issue of community health, due to the harmful direct implicit effects, as well as the change in their lifestyles.

Thus, aiming at the promotion of youth health, a closer look at this problem can constitute a significant investment in terms of health gains at the individual and collective level, contributing to the development and well-being of this age group of the population.

In this context, the present research has as main objectives: to identify the level of psychological health (depression, anxiety and stress) and to identify the habits of consumption of psychoactive substances of students of the Polytechnic Institute of Bragança, Portugal. A quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study was conducted. A sample of 392 students was used, representative of the study population. A sample of 392 students was used, representative of the study population. Data collection was carried out in april, may and june 2017, through a self-completion questionnaire to collect sociodemographic data, mental health level and behaviors associated with substance consumption habits. The evaluation of the psychological health of the students was performed through the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS21) and to determine the existence of risk behaviors in the context of substance use in several dimensional aspects, the DUSI-R was used.

As main results, we highlight that in the face of Mental Health, most university students have levels of anxiety, depression and stress that tend to be normal and even expectations. More than 25% of the students show above-normal intensity indexes in the depression and stress dimensions, reaching almost a third in the anxiety dimension. Females reveal lower mental health in all dimensions: anxiety, depression, and stress when compared to male students, however, with greater evidence in the stress dimension. Exercise favorably influences levels of stress, anxiety and depression. The onset of sexual activity favorably affects mental health levels, with greater expression in the depression dimension. The movement of the place of residence does not alter the levels of anxiety, depression and stress of students. Students who consider more training in this area relevant, have better Mental Health index, with greater expressiveness in the dimension of Depression. In view of the identification of risk behaviors in the context of substance use in several dimensional aspects (Substance Use, Behavior Pattern, Mental Disorder, Social

Skills, Family Structure, Academic Performance and Peer Relationship), we conclude that: the three substances with the highest frequency of consumption recorded in the last 30 days are alcohol (76.7%), cannabis (24.5%) and analgesics (15.7%). On average, both sexes present data that exceed the cutoff point, considered problematic, except for the dimensions Substance use and Family structure where a majority of respondents seem to have a level of intensity considered normal. Males stand out for revealing more pronounced values, i.e., more risk behaviors, except for the dimensions Pattern of behavior, Mental disorder and social skills. In the previous dimensions, in which students have higher levels of risk, the differences are more moderate between the sexes. The practice of physical exercise and the movement of the place of residence do not affect the multi-dimensioned behaviors associated with the consumption of substances of the students. Students are influenced by the beginning of sexual activity negatively in the substance use dimension and positively in the Social Skills dimension. With the exception of the Social skills dimension, the behavior of the other dimensions is influenced by the relevance of training, and students who do not have training needs are more problematic values.

Overall, the intensity of the relationships observed refers us to the importance of developing interventions to promote health and health literacy more effective and specific, looking at the personal, community and academic context contributing to the development, empowerment and well-being of this population group.

***Keywords:*** Literacy, Mental Health, Substance Use, University Students



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ACHA** - *American College Health Association*

**CDT**- Comissões para a dissuasão da toxicodependência

**d**- Tamanho do aspeto

**DA**- Densidade absoluta do problema

**DG**- Densidade global dos problemas

**DP**- Desvio Padrão

**DGES**- Direção Geral do Ensino Superior

**DGS**- Direção Geral de Saúde

**DGEEC**-Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência

**DST'S**- Doenças Sexualmente Transmissíveis

**DUSI- R**- *Drug Use Screening Inventory-Revised*

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

**EMCDDA**- *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*

**ESA**- Escola Superior Agrária

**ESE**- Escola Superior de Educação

**ESSa**- Escola Superior de Saúde

**ESTIG**- Sescola Suoerior de Tecnologia Informática e Gestão

**GNR**- Guarda Nacional Republicana

**HBSC/JunP**- *Health Behaviour in School-aged Children para Jovens Universitários Portugueses*

**HI**- Hipotese de investigação

**HIV**- Virus da Imunodeficiência Humana

**HLS-EU**- *Consórcio do European Health Literacy Survey*

**INJUVE**- Instituto da Juventude de Espanha

**IPDJ**- Instituto Português do Desporto e da Juventude

**ISD**- Informe sobre Drogas

**IST's**- Infeções Sexualmente Transmissíveis

**IVG**- Interrupção Voluntária da Gravidez

**M**- Média

**n-** Número de observações/ Frequência absoluta

**NDR-** Densidade relativa do problema

**NIDA-** *National Institut of Drug Abuse*

**OCDE-** Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OE-** Objetivo de Estudo

**ONG-** Organização Não Governamental

**p-** Significância

**PISA-** *Programme for International Student Assessment*

**PM-** Posto Médio

**PNSM-** Programa Nacional para a Saúde Mental

**PORDATA-** Base de Dados de Portugal Contemporâneo

**PSP-** Polícia de Segurança Pública

**RED-** Relatório Europeu de Drogas

**RJE-** Relatório da Juventude em Espanha

**SEC-** Sociedade Espanhola de Contraceção

**SEMA-** Sociedade Espanhola de Medicina de Adolescência

**SICAD-** Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

**SIDA-** Síndrome da Imunodeficiência adquirida

**SPSS-** *Statistical Package for the Social Sciences*

**SNS-** Serviço Nacional de Saúde

**UBI-** Universidade da Beira Interior

**VHB-** Vírus da Hetatite B

**VHC-** Vírus da Hepatite C

**$\alpha$ -** Alpha de Crombach

***cit. in:*** citado em/por

***e.g. (exempli gratia):*** por exemplo

***et al. (et aliae)-*** e outros (para pessoas)

***ibidem:*** no mesmo

***i.e. (id est):*** isto é

***idem:*** o mesmo

%- Percentagem/ Frequência relativa

$\rho$ - Rho de spearman

## **INDICE GENERAL**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>XL</b>
<b>JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b> .....	<b>XLVII</b>
Diseño y tipo de estudio .....	<b>XLIX</b>
Población y muestra .....	<b>XLIX</b>
Variables en análisis.....	<b>LIII</b>
Recogida y análisis de datos .....	<b>LVI</b>
Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica .....	<b>LVII</b>
Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés 21 (EADS21).....	<b>LVII</b>
Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI- R).....	<b>LVIII</b>
Procedimientos de recogida de datos y consideraciones éticas .....	<b>LX</b>
Procedimientos estadísticos .....	<b>LXI</b>
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>LXV</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>CXX</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>111</b>
<b>PARTE I - MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>118</b>
<b>1  EL JOVEN ADULTO/ ESTUDIANTE DE EDUCACIÓN SUPERIOR</b> .....	<b>119</b>
1.1. Las perspectivas de las teorías del desarrollo.....	<b>119</b>
1.2. La juventud en el contexto español y portugués .....	<b>127</b>
1.2.1. El contexto español.....	<b>127</b>
1.2.2. El contexto portugués .....	<b>134</b>
1.3. Experiencias en la formación universitaria .....	<b>138</b>
1.3.1. La institución académica de educación superior.....	<b>150</b>
1.4. Predictores de la salud de los jóvenes .....	<b>154</b>
1.4.1. La importancia de los estilos de vida .....	<b>155</b>
1.4.2. Factores protectores y factores de riesgo .....	<b>158</b>
1.4.2.1. Actividad física y sedentarismo .....	<b>159</b>
1.4.2.2. Comportamientos sexuales.....	<b>164</b>
1.4.2.3. Consumo de sustancias psicoactivas .....	<b>168</b>
<b>2  SALUD MENTAL</b> .....	<b>176</b>
2.1. Calidad de vida .....	<b>176</b>
2.2. Salud mental .....	<b>177</b>
2.3. La enfermedad mental .....	<b>182</b>
2.3.1. Ansiedad.....	<b>186</b>
2.3.2. Depresión.....	<b>188</b>

2.3.3. Estrés .....	190
2.3.4. El contexto de la pandemia.....	192
<b>3  SUSTANCIAS PSICOATIVAS .....</b>	<b>195</b>
3.1. Contextualización evolutiva del consumo de sustancias .....	196
3.2. Drogas y drogadicción- Conceptualización .....	198
3.2.1. Droga .....	198
3.2.2.Drogadicción .....	200
3.3. Despenalización del Consumo 200 .....	201
3.4. La importancia del tratamiento 201 .....	202
3.5. Marco actual en materia de consumo.....	204
3.5.1. Marco actual-Unión Europea .....	205
<b>4  ALFABETIZACIÓN Y SALUD.....</b>	<b>211</b>
4.1. Alfabetización en salud .....	211
4.2. Promoción de la salud .....	217
4.3. Intervenciones de alfabetización en salud en relación con la promoción de la salud y la prevención de comportamientos de riesgo en la comunidad .....	220
4.3.1. Atividades em Instituto Português do Desporto e da Juventude .....	221
4.3.2. Núcleo Local de Inserção .....	223
4.3.3. Associação Reaprender a Viver .....	227
4.3.4. Centro de Respostas Integradas de Bragança .....	229
<b>PARTE II –MARCO METODOLÓGICO/ INVESTIGACIÓN EMPÍRICA .....</b>	<b>232</b>
<b>1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>233</b>
1.1. Motivación para el Estudio ante el problema .....	233
1.2. Diseño y tipo de estudio .....	234
1.3. Objetivos del estudio, hipótesis y variables bajo análisis.....	235
1.4. Población y muestra .....	239
1.5. Instrumento de recogida de datos .....	243
1.5.1. Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica .....	244
1.5.2. Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés 21 (EADS21) .....	244
1.5.3. Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI- R).....	245
1.6. Procedimientos de recopilación de datos y consideraciones éticas .....	247
1.7-Procedimientos estadísticos .....	249
<b>2   PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>254</b>
2.1. Caracterización Sociodemográfica - Análisis Descriptivo.....	254

<b>2.2. Perspectiva descriptiva de las 3 Subescalas objeto de estudio de la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (EADS 21) .....</b>	<b>259</b>
<b>2.3. Perspectiva Exploratoria de las 7 Dimensiones en el Estudio del Inventario de Detección de Uso de Drogas – Revisado (DUSI-R).....</b>	<b>261</b>
<b>2.4. Análisis de OE1: identificar el nivel de salud mental (depresión, ansiedad y estrés) de los estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança .....</b>	<b>269</b>
<b>2.5. Análisis de OE2: identificar los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança.....</b>	<b>270</b>
<b>2.6. Consistencia interna de las distintas dimensiones objeto de estudio .....</b>	<b>277</b>
<b>2.7. Análisis HI1: existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según el género .....</b>	<b>278</b>
<b>2.8. Análisis HI2: existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según sexo .....</b>	<b>279</b>
<b>2.9. Análisis HI3: existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según la práctica de ejercicio físico .....</b>	<b>280</b>
<b>2.10. Análisis HI4: existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según la práctica de ejercicio físico.....</b>	<b>280</b>
<b>2.11. Análisis HI5: existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según hayan iniciado o no actividad sexual .....</b>	<b>281</b>
<b>2.12. Análisis HI6: existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según ya hayan iniciado o no la actividad sexual .....</b>	<b>282</b>
<b>2.13. Análisis HI7: existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según vivan o no en lugares concurridos.....</b>	<b>282</b>
<b>2.14. Análisis HI8: existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según residan o no en lugares concurridos .....</b>	<b>283</b>
<b>2.15. Análisis HI9: existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según se consideren relevantes más acciones de sensibilización .....</b>	<b>284</b>
<b>2.16. Análisis HI10: existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según se consideren relevantes más acciones de sensibilización ..</b>	<b>285</b>
<b>2.17. Análisis HI11: existen correlaciones significativas entre las dimensiones en estudio .....</b>	<b>286</b>

---

---

<b>3 I DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>287</b>
<b>4 I CONCLUSIONES .....</b>	<b>344</b>
<b>4.1. Principales Conclusiones .....</b>	<b>344</b>
<b>4.2. Limitaciones del estudio .....</b>	<b>346</b>
<b>4.3. Contribuciones a la práctica .....</b>	<b>347</b>
<b>4.4. Sugerencias para investigaciones futuras .....</b>	<b>349</b>
<b>5 I REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>352</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>394</b>
<b>Anexo I- Instrumento de Recogida de Datos en Portugués.....</b>	<b>395</b>
<b>Anexo II- - Instrumento de Recogida de Datos en Español .....</b>	<b>413</b>
<b>Anexo III-Autorización del Investigador, Paulo Jorge Rodrigues, del Instituto Superior de Ciências da Saúde- Egas Moniz para aplicar su instrumento de recolección de datos (Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI-R)-versión traducida y adaptada).. .....</b>	<b>430</b>
<b>Anexo IV-Autorización del Investigador, José Luís Pais Ribeiro, para aplicar su instrumento de recolección de datos. (Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés 21 (EADS-21)) .....</b>	<b>434</b>
<b>Anexo V- Proyecto de Intervención - Plan de Acción.....</b>	<b>438</b>
<b>Anexo VI- Declaración del Presidente del IPB .....</b>	<b>438</b>





**ÍNDICE GERAL**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>XL</b>
<b>JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b> .....	<b>XLVI</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>XXLIXIX</b>
<b>Diseño y tipo de estudio</b> .....	<b>XXLIXIX</b>
<b>Población y muestra</b> .....	<b>XXLIXIX</b>
<b>VARIABLES EN ANÁLISIS</b> .....	<b>LIII</b>
<b>Recogida y análisis de datos</b> .....	<b>LVI</b>
<b>Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica</b> .....	<b>LVII</b>
<b>Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés 21 (EADS21)</b> .....	<b>LVIIVII</b>
<b>Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI- R)</b> .....	<b>LVIII</b>
<b>Procedimientos de recogida de datos y consideraciones éticas</b> .....	<b>LX</b>
<b>Procedimientos estadísticos</b> .....	<b>LXI</b>
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>LXV</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>CXX</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>111</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>118</b>
<b>1  O JOVEM ADULTO/ ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR</b> .....	<b>119</b>
<b>1.1. As perspectivas das teorias de desenvolvimento</b> .....	<b>119</b>
<b>1.2. O jovem no contexto espanhol e português</b> .....	<b>127</b>
<u>1.2.1. O contexto espanhol</u> .....	<b>127</b>
<u>1.2.2. O contexto português</u> .....	<b>134</b>
<b>1.3. Vivências no ensino universitário</b> .....	<b>138</b>
<u>1.3.1. A instituição académica de ensino superior</u> .....	<b>150</b>
<b>1.4. Fatores preditores de saúde dos jovens</b> .....	<b>154</b>
<u>1.4.1. A importância dos Estilos de vida</u> .....	<b>155</b>
<u>1.4.2. Fatores de proteção e fatores de risco</u> .....	<b>158</b>
<u>1.4.2.1. Atividade Física e sedentarismo</u> .....	<b>159</b>
<u>1.4.2.2. Comportamentos sexuais</u> .....	<b>164</b>
<u>1.4.2.3. Consumo de substâncias psicoativas</u> .....	<b>168</b>
<b>2  SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>176</b>
<b>2.1. Qualidade de vida</b> .....	<b>176</b>
<b>2.2. Saúde mental</b> .....	<b>177</b>
<b>2.3. A doença mental</b> .....	<b>182</b>

<u>2.3.1.</u> Ansiedade .....	186
<u>2.3.2.</u> Depressão .....	188
<u>2.3.3.</u> Stress.....	190
<u>2.3.4.</u> O contexto pandémico.....	192
<b>3   SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS .....</b>	<b>195</b>
<b>3.1. Contextualização evolutiva do uso de substâncias .....</b>	<b>196</b>
<b>3.2. Droga e toxicodependência- Conceptualização .....</b>	<b>198</b>
<u>3.2.1.</u> Droga .....	198
<u>3.2.2.</u> Toxicodependência .....	200
<b>3.3. Descriminalização do Consumo .....</b>	<b>201</b>
<b>3.4. A Importância do Tratamento .....</b>	<b>202</b>
<b>3.5. Enquadramento atual relativo a consumos .....</b>	<b>204</b>
<u>3.5.1.</u> Enquadramento atual-União Europeia.....	205
<b>4  LITERACIA E SAÚDE.....</b>	<b>211</b>
<b>4.1. Literacia em saúde .....</b>	<b>211</b>
<b>4.2. Promoção da saúde.....</b>	<b>217</b>
<b>4.3. Intervenções no âmbito da literacia em saúde no que concerne à promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco junto da comunidade ....</b>	<b>220</b>
<u>4.3.1.</u> Atividades no Instituto Português do Desporto e da Juventude.....	221
<u>4.3.2.</u> Núcleo Local de Inserção .....	223
<u>4.3.3.</u> Associação Reaprender a Viver .....	2277
<u>4.3.4.</u> Centro de Respostas Integradas de Bragança .....	229
<b>PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO/ INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA .....</b>	<b>232</b>
<b>1  METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>233</b>
<b>1.1. Motivação para o Estudo face à problemática .....</b>	<b>233</b>
<b>1.2. Desenho e Tipo de estudo .....</b>	<b>234</b>
<b>1.3. Objetivos do Estudo, Hipóteses de investigação e Variáveis em análise. ....</b>	<b>235</b>
<b>1.4. População e amostra .....</b>	<b>239</b>
<b>1.5. Instrumento de recolha de dados.....</b>	<b>243</b>
<u>1.5.1.</u> Questionário de Caracterização sociodemográfica.....	244
<u>1.5.2.</u> Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS21) .....	244
<u>1.5.3.</u> Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI- R).....	245
<b>1.6. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas .....</b>	<b>247</b>
<b>1.7- Procedimentos estatísticos.....</b>	<b>249</b>

<b>2.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>254</b>
<b>2.1. Caracterização sociodemográfica- Análise descritiva .....</b>	<b>254</b>
<b>2.2. Perspetiva descritiva das 3 Sub escalas em estudo da Escala Ansiedade     Depressão e Sress (EADS 21) .....</b>	<b>259</b>
<b>2.3. Perspetiva Exploratória das 7 Dimensões em estudo do Drug Use     Screening Inventory – Revised (DUSI-R) .....</b>	<b>261</b>
<b>2.4. Análise do OE1: identificar o nível da saúde mental (depressão, ansiedade     e stress) dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança .....</b>	<b>269</b>
<b>2.5. Análise do OE2: identificar os hábitos de consumo de substâncias     psicoativas dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança .....</b>	<b>270</b>
<b>2.6. Consistência interna das várias dimensões em estudo .....</b>	<b>277</b>
<b>2.7. Análise da HI1: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e     stress dos estudantes do IPB, de acordo com o sexo .....</b>	<b>278</b>
<b>2.8. Análise da HI2: existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias,     de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB,     de acordo com o sexo.....</b>	<b>279</b>
<b>2.9. Análise da HI3: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e     stress dos estudantes do IPB, de acordo com a prática de exercício físico.....</b>	<b>280</b>
<b>2.10. Análise da HI4: existem diferenças nos hábitos de consumo de     substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos     estudantes do IPB, de acordo com a prática de exercício físico.....</b>	<b>280</b>
<b>2.11. Análise da HI5: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e     stress dos estudantes do IPB, de acordo com se já iniciou ou não a atividade     sexual .....</b>	<b>281</b>
<b>2.12. Análise da HI6: existem diferenças nos hábitos de consumo de     substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos     estudantes do IPB, de acordo com se já iniciou ou não a atividade sexual....</b>	<b>282</b>
<b>2.13. Análise da HI7: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e     stress dos estudantes do IPB, de acordo com se vive ou não em locais     movimentados.....</b>	<b>282</b>
<b>2.14. Análise da HI8: existem diferenças nos hábitos de consumo de     substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos     estudantes do IPB, de acordo com se vive ou não em locais movimentados..</b>	<b>283</b>
<b>2.15. Análise da HI9: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e     stress dos estudantes do IPB, de acordo com se considera pertinente mais     ações de sensibilização .....</b>	<b>284</b>
<b>2.16. Análise da HI10: existem diferenças nos hábitos de consumo de     substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos     estudantes do IPB, de acordo com se considera pertinente mais ações de     sensibilização.....</b>	<b>285</b>

2.17. Análise da HI11: existem correlações significativas entre as dimensões em estudo.....	286
<b>3 I DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>287</b>
<b>4 I CONCLUSÕES.....</b>	<b>344</b>
4.1. Principais Conclusões .....	344
4.2. Limitações ao estudo .....	346
4.3. Contributos para a Prática.....	347
4.4. Sugestões para Investigações Futuras .....	349
<b>5 I REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>352</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>394</b>
Anexo I- Instrumento de Recolha de Dados em Português.....	395
Anexo II- Instrumento de Recolha de Dados em Espanhol.....	413
Anexo III- Autorização do Investigador, Paulo Jorge Rodrigues, do Instituto Superior de Ciências da Saúde- Egas Moniz para aplicação do seu instrumento de recolha de dados (Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI- R)- Versão traduzida e adaptada).....	430
Anexo IV- Autorização do Investigador, José Luís Pais Ribeiro, para aplicação do seu instrumento de recolha de dados. (Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS-21)).....	434
Anexo V- Projeto de intervenção - Plano de ação .....	438
Anexo VI- Declaração Sr. Presidente do IPB.....	449



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> As dimensões da Literacia em Saúde- HLS-EU.....	<b>215</b>
<b>Figura 2-</b> Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	<b>218</b>



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Análise de Dados e Técnicas Estatísticas Aplicadas referente aos OE ..	252
<b>Tabela 2</b> - Análise de Dados e Técnicas Estatísticas Aplicadas referente às HI .....	252
<b>Tabela 3</b> – Caraterização da amostra por sexo .....	254
<b>Tabela 4</b> – Caraterização da amostra de acordo com o Ano de curso .....	255
<b>Tabela 5</b> – Caraterização da amostra de acordo com a Idade .....	255
<b>Tabela 6</b> – Caraterização da amostra de acordo com o Estado Civil.....	256
<b>Tabela 7</b> – Caraterização da amostra de acordo com o Início da Atividade Sexual	256
<b>Tabela 8</b> – Caraterização da amostra de acordo com a Prática do Exercício Físico	256
<b>Tabela 9</b> – Caraterização da amostra de acordo com o Local de Residência.....	257
<b>Tabela 10</b> – Caraterização da amostra de acordo Pertinência de Formação.....	257
<b>Tabela 11</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra- global .....	258
<b>Tabela 12</b> – Caraterização da subescala Ansiedade da EADS 21 .....	259
<b>Tabela 13</b> – Caraterização da subescala Depressão da EADS 21 .....	260
<b>Tabela 14</b> – Caraterização da subescala Stress da EADS 21.....	261
<b>Tabela 15</b> – Caraterização da Dimensão Uso de Substâncias do DUSI R .....	262
<b>Tabela 16</b> – Caraterização da Dimensão Padrão de Comportamento do DUSI R...	263
<b>Tabela 17</b> – Caraterização da Dimensão Perturbação Mental do DUSI R .....	264
<b>Tabela 18</b> – Caraterização da Dimensão Competências Sociais do DUSI R .....	265
<b>Tabela 19</b> – Caraterização da Dimensão Estrutura Familiar do DUSI R .....	266
<b>Tabela 20</b> – Caraterização da Dimensão Desempenho Académico do DUSI R .....	267
<b>Tabela 21</b> – Caraterização da Dimensão Relações com Pares do DUSI R .....	268
<b>Tabela 22</b> – Valores médios e desvios padrão, dimensões EADS-21, por sexo .....	269
<b>Tabela 23</b> – Distribuição dos Níveis de Intensidade das dimensões da EADS-21..	270



<b>Tabela 24</b> – Resultados relativos ao consumo de substâncias nos últimos 30 dias	271
<b>Tabela 25</b> – Resultados do cruzamento do consumo de álcool nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado	272
<b>Tabela 26</b> – Resultados do cruzamento do consumo de cannabis nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado	273
<b>Tabela 27</b> – Resultados do cruzamento do consumo de analgésicos nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado	274
<b>Tabela 28</b> - Valores médios e desvios padrão, dimensões DUSI-R, por sexo	275
<b>Tabela 29</b> - Distribuição dos Níveis de Intensidade das dimensões da DUSI-R	276
<b>Tabela 30</b> - Alfas de Cronbach para as três dimensões da EADS-21	277
<b>Tabela 31</b> - Alfas de Cronbach para as três dimensões do DUSI-R	277
<b>Tabela 32</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por sexo - EADS-21	278
<b>Tabela 33</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por sexo - DUSI-R	279
<b>Tabela 34</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se Pratica Exercício Físico EADS-21	280
<b>Tabela 35</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se Pratica Exercício Físico - DUSI-R	280
<b>Tabela 36</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se já iniciou a Atividade Sexual - EADS-21	281
<b>Tabela 37</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se já iniciou a Atividade Sexual - DUSI-R	282
<b>Tabela 38</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se Reside em locais movimentados - EADS-21	283
<b>Tabela 39</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se Reside em locais movimentados - DUSI-R	283

<b>Tabela 40</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se Considera pertinente mais ações de sensibilização - EADS-21 .....	284
<b>Tabela 41</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se Considera pertinente mais ações de sensibilização - DUSI-R .....	285
<b>Tabela 42</b> - Coeficientes de Correlação de Spearman .....	286



## INDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Caraterização das variáveis utilizadas .....	238
<b>Quadro 2</b> - Parque Escolar 2016-2017 .....	240
<b>Quadro 3</b> - Representatividade por Unidade Orgânica .....	241
<b>Quadro 4</b> - Constituição da Amostra.....	242
<b>Quadro 5</b> - Ponto de corte específico para problema grave (DA) no DUSI R.....	246
<b>Quadro 6</b> - Perceção/perspetiva do comportamento dos jovens inquiridos nas subescalas EADS21 .....	287
<b>Quadro 7</b> - Saúde mental dos estudantes do IPB .....	290
<b>Quadro 8</b> - Índice de intensidade (Normal/Extremo) da Saúde Mental dos estudantes do IPB .....	291
<b>Quadro 9</b> - Perceção/perspetiva do comportamento dos jovens inquiridos nas dimensões do DUSI-R .....	295
<b>Quadro 10</b> Substâncias com maior frequência de consumo nos últimos 30 dias....	303
<b>Quadro 11</b> - Cruzamento do consumo de álcool, cannabis e analgésicos nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado.....	306
<b>Quadro 12</b> - Valores médios e desvios padrão, dimensões DUSI-R (Total).....	308
<b>Quadro 13</b> - Distribuição dos Níveis de Intensidade das dimensões Uso de Substâncias e Estrutura Familiar da DUSI-R .....	309
<b>Quadro 14</b> - Saúde mental dos estudantes do IPB de acordo com o sexo.....	315
<b>Quadro 15</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por sexo - DUSI-R, para validação da HI2 .....	317
<b>Quadro 16</b> - Resultados do cruzamento do consumo de álcool nos últimos 30 dias com a variável sexo e teste do qui-quadrado .....	320
<b>Quadro 17</b> - Resultados do cruzamento do consumo de cannabis nos últimos 30 dias com a variável sexo e teste do qui-quadrado .....	321
<b>Quadro 18</b> -Resultados dos testes de Mann-Whitney por se considera pertinente mais ações de sensibilização - EADS-21- Dimensão Depressão .....	334

<b>Quadro 19-</b> - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se considera pertinente mais ações de sensibilização - DUSI-R- Dimensão Competências Sociais .....	338
<b>Quadro 20</b> - Coeficientes de Correlação de Spearman - Dimensões da EADS 21 .	341
<b>Quadro 21</b> - Coeficientes de Correlação de Spearman- Dimensões da EADS 21 e Dimensões do DUSI R .....	342
<b>Quadro 22-</b> Coeficientes de Correlação de Spearman - Dimensões do DUSI R ....	343



## **RESUMEN DE LA TESIS EN ESPAÑOL**

## INTRODUCCIÓN

¿El problema del consumo de sustancias psicoactivas, susceptibles de provocar dependencia en los jóvenes, seguirá siendo una realidad efectiva en la sociedad contemporánea? Al iniciar la presente investigación, aún nos encontramos ante la existencia de dudas, mitos y creencias asociadas a esta tipología de conductas de riesgo.

Si bien numerosos investigadores en las últimas décadas han centrado sus estudios en el consumo de alcohol, tabaco y/u otras sustancias de carácter adictivo en estudiantes universitarios, dada la evidencia que corrobora la perpetuación del problema, sigue siendo relevante, y emergente, continuar trabajando e investigando esta área temática que se ha convertido en un problema de salud pública.

En cuanto al contexto europeo, los datos disponibles a través del Informe Europeo sobre Drogas 2021 emitido por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMDCDDA) indican que unos 83 millones, o 28.9 % de adultos (15-64 años) en la Unión Europea han consumido sustancias ilegales al menos una vez en su vida. Según las cifras del último año en cuanto al consumo de sustancias ilícitas, estas nos permiten evaluar el consumo reciente y revelan que afecta principalmente a adultos jóvenes. Se estima que 17.4 millones de adultos jóvenes (entre 15 y 34 años) han consumido sustancias ilícitas en el último año (16.9 %) (EMDCDDA, 2021)(Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - EMDCDDA, 2021a) .

La evidencia científica resultante de estudios recientes sugiere que la etiología asociada a este problema, en constante mutación, se caracteriza por ser compleja y multidimensional, consecuencia de la diversidad de factores asociados a ella, así como de la inherente evolución integral de la sociedad, cuyas metamorfosis conllevan cambios importantes que afectan al individuo y a este fenómeno conductual (Balsa, Vital & Urbano, 2014; Carapinha & Guerreiro, 2019; Lomba, 2012; Semple & Smyth, 2013; Servicio de Intervención en Conductas Adictivas y Dependencias - SICAD, 2020; Silva, 2012a; Zavala, 2017).

De esta forma, aun teniendo en cuenta la ingente cantidad de factores que pueden predecir el consumo de sustancias en jóvenes, así como sus consecuencias a



corto y largo plazo, es crucial renovar paradigmas que, por un lado, exigen una prevención eficaz y, por otra parte, un mayor discernimiento de lo que anima a los jóvenes a adoptar conductas de esta naturaleza, apuntando naturalmente a la prevención, disuasión, reducción y minimización de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, conductas adictivas y adicciones (SICAD, 2020), por lo que en la actualidad se plantean nuevos desafíos a los profesionales de la salud que trabajan en esta área, así como a los políticos que legislan y deciden en estas áreas y temas.

La juventud es una época de la vida, sin duda llena de cambios. El tránsito de la educación secundaria a la educación superior se vislumbra, en el contexto actual, como uno de los más importantes en todo el ciclo de experiencias académicas.

El acceso a la vida académica universitaria es una etapa sumamente importante en el camino de un joven estudiante. Además de la posibilidad de adquirir conocimientos altamente específicos capaces de proporcionar el desarrollo de competencias para la futura vida laboral que pretende, también proporciona en múltiples áreas la reconfiguración de hábitos, rutinas y experiencias cotidianas. Además, con mucha frecuencia en esta etapa de su ciclo vital, el estudiante se ve obligado a mudarse definitivamente de su lugar habitual de residencia, lo que lo emancipa del control más estricto de su familia de origen, con la implicación natural en la toma de decisiones y gestión de las múltiples dimensiones inherentes a su vida cotidiana.

Si para muchos jóvenes la salida de casa, el inicio de la universidad o un nuevo trabajo, puede traducirse en una apasionante fase de crecimiento, autonomía y sucesión de etapas evolutivas para otros, inversamente, puede ser experimentado como un foco de aprensión y estrés mal administrado por el individuo, presentando una variabilidad de actitudes y comportamientos que pueden debilitar la vida, poniéndola en riesgo (Galvao et al., 2016; Gonçalves, 2012; Oliveira, Carlotto & Dias, 2014).

Además, la calidad de la adaptación y el éxito en la Educación Superior está relacionada con las características previas de los estudiantes, y la literatura sugiere diferencias de género, tipo de estudios y background familiar en los resultados de los estudiantes (Casanova, Araújo & Almeida, 2020; Castro, 2021)

La aparición y intensidad de tales dificultades depende de los niveles de madurez y recursos que los estudiantes sean capaces de movilizar para enfrentar estas demandas (Casanova, Araújo & Almeida, 2020)

Afortunadamente a nivel mundial, y aunque todavía hay connotaciones engañosas asociadas con la importancia de valorar la salud mental, existe un reconocimiento creciente de la necesidad de ayudar a los jóvenes a mejorar su resiliencia mental, a afrontar los retos que se presentan en fases más dinámicas de su vida cotidiana. La literatura científica señala numerosos determinantes de la salud mental asociados a las múltiples dimensiones de la persona: biológicas, psicológicas, socioeconómicas, ambientales y culturales.

Crece la evidencia de que promover y proteger la salud mental de los jóvenes aporta beneficios no solo directamente a su salud, tanto a corto como a largo plazo, sino también a la economía y la sociedad en la que se insertan, porque los jóvenes adultos mentalmente sanos podrán hacer mayores y mejores contribuciones a la fuerza laboral, a la familia, a la comunidad y a la sociedad en su conjunto (Abhainath & Kedare, 2016; Demers, 2013; Direção Geral da Saúde-DGS, 2019d; Serra, 2014).

La promoción de la salud mental comienza con la difusión del conocimiento y la comprensión de los signos y síntomas que caracterizan la enfermedad mental, además que su detección precoz también es fundamental para el éxito de cualquier intervención de tratamiento (DGS, 2017).

En las últimas décadas, ha habido un aumento muy significativo de jóvenes que acceden a la Educación Superior en Portugal y España (Direção Geral do Ensino Superior- DGES, 2021; Ministerio de Universidades, 2021). Este hecho ha provocado una mayor atención y de este modo un progresivo interés por la educación universitaria y sus múltiples dimensiones.

Esta atención se dirige, por un lado, a un conjunto de preocupaciones relacionadas con la conducta y también con el desarrollo psicosocial del estudiante universitario y, por otro lado, a la contribución de las instituciones de educación superior en la promoción de este desarrollo que pretende ser amplio y saludable.

En el nivel de educación superior, la salud mental de los estudiantes universitarios debe representar un importante tema de salud pública, dado el impacto de

estos trastornos a nivel personal, social y académico (Certo, 2016), en el presente y en el futuro.

El acceso a la educación superior también ofrece a los jóvenes una situación que les permite tener contacto o proximidad con nuevas realidades y experiencias culturales y sociales, capaces de reconfigurar sus círculos sociales, panoramas simbólicos de referencia y hábitos cotidianos. A su vez, en la actualidad, acceder a este nivel de estudios académicos plantea a los jóvenes estudiantes el desafío de enfrentar un futuro de perspectivas cada vez más inciertas, en un contexto global de creciente inseguridad y polivalencia en sus transiciones al mundo del trabajo y también a la edad adulta. Comprender los factores subyacentes a los comportamientos de riesgo en jóvenes universitarios, se vuelve fundamental, así como analizar los diversos estudios realizados en el campo de la salud mental que han considerado a los jóvenes como grupo social prioritario de intervención (United Nations - UNAIDS, 2016).

La realización de investigaciones en esta área es fundamental para aumentar el conocimiento sobre la correlación de las distintas variables involucradas y, en consecuencia, desarrollar intervenciones efectivas, específicas y continuas integrando los diferentes determinantes de la vida de los jóvenes y centrándose en los aspectos comportamentales que son determinantes para la adopción de conductas saludables.

Así, considerando la relevancia y pertinencia del consumo de sustancias y la salud mental en la calidad de vida individual y social, y específicamente, en el contexto del desarrollo saludable de los jóvenes y como los estudios encontrados y disponibles sobre la relación entre consumo de sustancias, salud mental y estilos de vida adoptados por estudiantes universitarios en el contexto de la ciudad de Bragança son todavía escasos, este tipo de investigación demuestra ser una ventaja, por lo que se consideró pertinente una nueva mirada, una nueva perspectiva, una nueva investigación en este área.

Este asunto, su marco y consecuencias debe ser una preocupación para los profesionales de la salud y la educación, con el objetivo de reforzar el empoderamiento de los jóvenes. Como enfermera especialista en salud comunitaria y actuando en salud pública, desempeñando funciones en el ámbito de la promoción y educación en salud en contextos escolares y comunitarios, este tema es de suma relevancia para fundamentar la práctica basada en la evidencia y ser capaz de planificar e implementar un proyecto

de intervención específico para promover la calidad de vida de los jóvenes, especialmente en un contexto universitario.

Estos hechos constituyeron, a nuestro juicio, argumentos sólidos para realizar un estudio más profundo sobre el joven universitario, con la intención de conseguir un conocimiento más específico de sus estándares de comportamiento y respectiva correlación con las distintas variables de carácter más relevante en este grupo comunitario.

Esta tesis doctoral, que forma parte del programa de doctorado en Investigación Aplicada a las Ciencias Sanitarias, se centra en la pregunta de investigación: “Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios... ¿Cuál es la realidad?”. Para dar respuesta a la pregunta de investigación se planteó los siguientes objetivos que se pretenden alcanzar en esta investigación: identificar el nivel de salud mental (depresión, ansiedad y estrés) de los estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança; identificar los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança. Considerando los objetivos trazados, se desarrolló una investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional y exploratoria, en un plan transversal (Fortin, 2009; Gelo et al., 2008; Moore., McCabe & Craig, 2009). Ante la duda encontrada, el presente trabajo sistematiza los principales resultados del estudio realizado y, además de este preámbulo, la publicación se organiza y estructura en dos grandes partes.

La primera parte comprende el estado del arte, el sustento teórico, con el marco conceptual pertinente, donde se abordan conceptos, datos, evidencias científicas y procedimientos fundamentales para la comprensión del tema y que además permite establecer un paralelismo con los resultados obtenidos en esta investigación. Esta primera parte se divide en cuatro capítulos temáticos. El primer capítulo se centra en los jóvenes adultos y las teorías relacionadas con su desarrollo, los contextos en los que se inserta, sus experiencias en el ámbito de la educación superior y los factores que influyen en su salud. El siguiente capítulo se centra en la Salud y la Enfermedad Mental y su interferencia en la calidad de vida de los jóvenes. El tercer capítulo se centra en las sustancias psicoactivas, su problemática y contexto global. El último capítulo se basa en el tema de la Alfabetización en Salud y su influencia como vehículo clave para la promoción de la salud en la comunidad juvenil.

La segunda parte aborda el marco metodológico que orienta y sustenta la investigación y la investigación empírica realizada. También se divide en tres capítulos. En el primer capítulo dedicado a la metodología de la investigación se mencionan aspectos relacionados con el Tipo de estudio, Objetivos, Hipótesis y Variables de la investigación. Se presenta el instrumento de recogida de datos y los procedimientos estadísticos desarrollados. En el segundo capítulo, se presentan los resultados obtenidos y se realiza su respectivo análisis. El tercer capítulo presenta la discusión de los resultados alcanzados. Por último, esta publicación finaliza con una nota conclusiva donde se presentan las principales conclusiones del estudio y se presentan algunas consideraciones, recomendaciones y propuestas de posibles líneas de acción para la población estudiantil de educación superior.

Los resultados de este estudio pueden ser un instrumento concreto y accesible para los equipos de salud comunitarios y familiares, los establecimientos de educación superior y su dirección, los jóvenes y las familias y el propio sistema político, como una forma de promover intervenciones concertadas en el ámbito de la promoción de la calidad de vida de los jóvenes en la educación superior, fomentando la creación de proyectos efectivos en este ámbito, que contribuyan al bienestar y desarrollo de los jóvenes.

## **JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

En la población universitaria, la salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas intrínsecos asociados a estas dos áreas han sido objeto frecuente de debate e investigación en la comunidad científica. Sin embargo, debido a la complejidad y multiplicidad etiológica, su abordaje aún carece de madurez y actualización constante.

La actual evolución social, tecnológica, cultural y financiera de la zona euro, concretamente en Portugal y España, condicionan drásticamente la percepción de las variables actuales, intrínsecas o extrínsecas al individuo, a tener en cuenta ante este tipo de comportamientos. Por lo tanto, urge un cambio de paradigma tanto en términos de comprensión como de eficacia y eficiencia en la prevención e intervención ante este tipo de conductas de riesgo frecuentemente adoptadas por los jóvenes.

El motivo de la realización de la tesis doctoral en Investigación Aplicada a las Ciencias Sanitarias en el área de Salud Mental y consumo de sustancias se debe a la falta de datos resultante de la existencia limitada de investigaciones sobre el contexto de la ciudad de Bragança y a en gran medida, con el ejercicio de la profesión de enfermería en un contexto comunitario por parte de la investigadora y naturalmente su interés por el tema.

Así, y porque en el día a día de su profesión trabaja en un área con mucha población joven, desempeñando funciones como enfermera especialista en salud comunitaria en el área de salud pública, realizando la promoción y educación de salud en las escuelas y en la comunidad, quise investigar este tema, por lo que la principal motivación de este estudio fue percibir la realidad de este problema para implementar estrategias de intervención dirigidas e incisivas en este contexto específico, sustentando la práctica basada en fundamentos científicos.

Las Hipótesis de Investigación (HI) se diseñan teniendo en cuenta el marco conceptual así como la necesidad de dar respuesta a la inquietud inicial y los objetivos del estudio (Onwuegbuzie & Leech, 2005). De esta forma, se elaboraron los siguientes enunciados de las Hipótesis de Investigación que surgen de las variables a investigar:

HI1: Existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según el género;

HI2: Existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según el género;

HI3: Existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según la práctica de ejercicio físico;

HI4: Existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según la práctica de ejercicio físico;

HI5: Existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según hayan iniciado o no actividad sexual;

HI6: Existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según ya hayan iniciado o no la actividad sexual

HI7: Existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según vivan o no en lugares más concurridos.

HI8: Existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según vivan o no en lugares concurridos

HI9: Existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según se consideren relevantes más acciones de sensibilización

HI10: Existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según se consideren relevantes más acciones de concientización

HI11: Existen correlaciones significativas entre las dimensiones en estudio.

Los Objetivos designan la intención principal de un estudio, es decir, corresponde a los resultados que el estudio pretende alcanzar (Onwuegbuzie & Leech, 2005).

Así, en este contexto, se delinearón los Objetivos:

1: Identificar el nivel de salud mental (depresión, ansiedad y estrés) de los estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança;

2: Identificar los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança.

Con este estudio obtendremos información específica sobre la salud mental y los comportamientos y actitudes asociados al hábito de consumo de sustancias en este grupo poblacional. Con esta información pretendemos desarrollar un proyecto de intervención y promoción de la calidad de vida entre los estudiantes universitarios y el resto de la comunidad. Los resultados de esta investigación constituirán una base de información que facilitará la articulación entre salud, instituciones académicas, adolescentes, universitarios y familias, con el objetivo de desarrollar intervenciones específicas, cuyo propósito sea incrementar su alfabetización en salud en estas áreas temáticas y contribuir a la su empoderamiento, bienestar y calidad de vida.



## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño y tipo de estudio

Según Ribeiro (2010), el diseño de investigación se refiere a la estructura general o plan de investigación de un estudio, considerando el problema de investigación y los objetivos planteados. En la presente investigación, el trabajo empírico realizado tuvo como campo de estudio el Instituto Politécnico de Bragança, centrándose en las 4 Escuelas Superiores del Campus de Bragança, consistente en la recolección de datos a través de la aplicación de un cuestionario a los alumnos de dicho instituto. Su elección radica en la escasez de estudios sobre salud mental y sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza superior del municipio y en el hecho de que esa es el área geográfica de actuación profesional de la investigadora.

Así, dadas las características de la presente investigación, se puede caracterizar como un estudio de carácter cuantitativo - se utilizan técnicas cuantitativas en la medida en que se emplean medios para resumir, en forma numérica, grandes cantidades de información con el fin de obtener descripciones, relaciones y explicaciones estadísticas utilizando varios métodos (Canastra, Haanstra & Vilanculos, 2015; Gelo et al., 2008; Moore, McCabe & Craig, 2009), descriptivo y correlacional, ya que es el tipo de investigación que busca explorar las relaciones que puede existir entre variables con la excepción de la relación causa-efecto. Por otro lado, el estudio de las relaciones entre variables es descriptivo porque no hay manipulación de variables, siendo la predicción el tipo de relación más frecuentemente establecido (Fortin, 2009), en un plano transversal -considerando la dimensión temporal, en la que se evalúa a cada individuo en un único momento y se comparan grupos de personas en función de sus características, y de forma exploratoria (Moore, McCabe & Craig, 2009).

### Población y muestra

Población es el conjunto de la totalidad de los elementos que constituyen un determinado grupo que se pretende estudiar. En la educación superior, las poblaciones tienden a ser muy grandes, por lo que es una práctica conocida el uso de muestras, es decir, grupos de elementos que se toman de la población de interés y que se espera que

compartan las mismas características (McCrum-Gardner, 2008; Moore, McCabe & Craig, 2009) Así, una población particular que es objeto de un estudio se denomina población objetivo y está formada por sujetos que entienden los criterios de selección definidos y para los cuales se pretenden generalizaciones (Fortin, 2009).

La población objetivo de este estudio está compuesta por estudiantes de educación superior del Instituto Politécnico de Bragança (3957) matriculados en el año académico 2016-2017 para cursar grados en las unidades orgánicas, escuelas designadas del IPB del Campus de Bragança.

Específicamente:

Escola Superior Agrária (ESA), Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTiG), Escola Superior de Saúde (ESSa) y la Escola Superior de Educação (ESE).

El número de estudiantes (población) en los cursos de graduación por Escuelas del Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior Agrária (ESA): 437 estudiantes; Escuela Superior de Educación (ESE): 1032 alumnos; Escuela Superior de Tecnología y Administración (ESTiG): 1608 alumnos y Escuela Superior de Salud (ESSa): 880 alumnos (datos proporcionados por los servicios académicos del IPB en el curso 2016/2017), conforme sistematizado en el cuadro 2.

**Cuadro 2 - Parque Escolar 2016-2017**

<b>Parque Escolar 2016-2017- Instituto Politécnico de Bragança</b>	
<b>Campus de Bragança (Unidades Orgánicas)</b>	<b>Total</b>
<b>Escuela Superior de Agricultura (ESA)</b>	437
<b>Escuela Superior de Tecnología y Administración (ESTiG)</b>	1608
<b>Escola Superior de Salud (ESSa)</b>	880
<b>Escola Superior de Educación (ESE)</b>	1032
<b>Total</b>	3957

Sin embargo, cabe señalar que, dadas las particularidades de esta investigación, se eligió una muestra representativa del número total de estudiantes que cursaron los componentes teóricos en las cuatro unidades orgánicas relacionadas únicamente con el campus IPB Bragança debido a la ubicación geográfica cercana a el investigador. Posteriormente, para cada unidad orgánica se consideró la muestra proporcional a su peso en el total de alumnos en estudio.

Para obtener una muestra de esta población se consideró lo siguiente:

Varios años para obtener una visión global del tema objeto de estudio en diferentes momentos de la vida en la educación superior, desde el 1º año, que incluye al alumnado en proceso de transición e integración en la educación superior, hasta el 4º año en el que el alumno se encuentra en plena vida académica. El muestreo se determinó según un plan de selección proporcional a las unidades orgánicas del IPB. Así, con base en la población total de 3957 estudiantes, optamos por ver el peso de los estudiantes que asisten a cada escuela y luego distribuir los cuestionarios de acuerdo con cada situación. Así, se obtuvo la siguiente proporción por escuela: ESA: 11.0%, ESE: 26.1%, ESTiG: 40.7% y ESSa: 22.2%. Como se describe en el cuadro 3.

**Cuadro 3 - Representatividad por Unidad Orgánica**

<b>Parque Escolar 2016-2017 - Instituto Politécnico de Bragança</b>		
<b>Campus de Bragança (Unidades Orgánicas)</b>		<b>Representatividad de la Unidad orgánica %</b>
<b>Escola Superior de Agricultura (ESA)</b>	437	11.0%
<b>Escola Superior de Tecnología y Administración (ESTiG)</b>	1608	40.7%
<b>Escola Superior de Salud (ESSa)</b>	880	22.2%
<b>Escola Superior de Educación (ESE)</b>	1032	26.1%
<b>Total</b>	3957	100%

Posteriormente, con base en un error de muestreo del 5% y un nivel de confianza del 95%, la muestra mínima calculada fue de 351 participantes, distribuidos entre las cuatro Unidades Orgánicas como se refleja en el cuadro 4.

**Cuadro 4** - Constitución de muestra

<b>Instituto Politécnico de Bragança</b>			
<b>Campus de Bragança (Unidades Orgánicas)</b>		<b>Representatividade de la Unidad orgânica %</b>	<b>Constitución mínima de la muestra</b>
<b>ESA</b>	437	11.0%	39
<b>ESTiG</b>	1608	40.7%	143
<b>ESSa</b>	880	22.2%	78
<b>ESE</b>	1032	26.1%	91
<b>Total</b>	3957	100%	351

Sin olvidar que para definir la muestra de estudio se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- i. Estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança;
- ii. Estudiantes que asisten al componente teórico;

Como criterios de exclusión:

- i. Cuestionarios incompletos;
- ii. Estudiantes de CET, CTeSP y Máster; y,
- iii. Alumnos de la Escuela Superior de Comunicación, Administración y Turismo de Mirandela. (Campus Mirandela).

En la presente investigación, por lo tanto, se utilizó una muestra no probabilística seleccionada por conveniencia, si bien este tipo de muestreo no es representativo de la población, se utiliza cuando la participación es voluntaria o los elementos de la muestra se eligen por algún motivo. Por otro lado, este proceso de muestreo no garantiza que la muestra sea representativa, por lo que sus resultados solo se aplican a ella misma. Sin embargo, puede utilizarse con éxito en situaciones donde es más importante captar ideas generales, identificar aspectos críticos de la propia objetividad científica (Moore, McCabe & Craig, 2009). Además de traducirse como un método que tiene la ventaja de ser rápido, económico y fácil (Correa, 2003).

Es decir, en este estudio esta práctica consistió en seleccionar una muestra de la población accesible, los individuos utilizados en la investigación fueron seleccionados por su fácil disponibilidad, no habiendo sido seleccionados a través de un criterio estadístico. Esta conveniencia representó una mayor facilidad operativa y un bajo costo de muestreo, ya que fue formado por encuestados que estaban presentes en la escuela y respondieron con prontitud al completar el cuestionario.

### **Variables en análisis**

Las variables de investigación son un elemento clave del estudio (Ribeiro, 2010) Las variables se pueden clasificar según su naturaleza en cualitativas o cuantitativas. Las variables cualitativas, también llamadas categóricas, pueden ser ordinales cuando existe un orden definido de sus categorías, ya sea ascendente o descendente, y si este orden no existe, se denominan variables nominales (Kim et al., 2017).

Las variables en estudio se pueden designar, en función de su función, como variable dependiente e independiente. La variable dependiente es la variable de respuesta, que también puede denominarse variable de resultado (McCrum-Gardner, 2008). Desde un punto de vista formal, es el aspecto que estudia y mide el investigador para determinar el efecto de la variable independiente.

En el presente estudio, las variables dependientes son: salud mental medida a través de las dimensiones: depresión, ansiedad y estrés; y, el consumo de sustancias psicoactivas a través de la existencia de problemas en siete dominios o dimensiones: consumo de sustancias, patrón de conducta, trastorno mental, estructura familiar, habilidades sociales, rendimiento académico y relación con los pares.

Las variables independientes se estudian como causas que pueden interferir en cualquier cambio en el resultado. La variable independiente se trata como una precondition, es decir, como una condición necesaria que precede a una determinada consecuencia (McCrum-Gardner, 2008).

Como variables independientes se consideraron las siguientes variables sociodemográficas, cuya operacionalización o catalogación las convirtió en factores disponibles para ser más fácilmente examinados a nivel de análisis descriptivo y cruzados en el ámbito de la inferencia estadística:

- Género: Variable nominal con dos posibles respuestas (femenino y masculino);
- Edad: Variable cuantitativa discreta, por lo tanto, utilizada para el análisis de correlación;
- Estado Civil: Variable nominal, agrupada en cinco clases: Soltero, Casado, Unión de hecho, Divorciado y Viudo;
- Escuela a la que asiste: Variable nominal con pregunta abierta;
- Práctica de ejercicio físico: Variable nominal con dos posibles respuestas (Si y No);
- Estudio: variable nominal cuestionada en forma de pregunta abierta, luego agrupando respuestas similares;
- Año de escolaridad: variable ordinal con posibilidad de responder a cuatro categorías (1° año, 2° año, 3° año y 4° año);
- Residencia en lugares concurridos y con ambientes nocturnos : variable nominal con dos posibles respuestas (Sí y No);
- Inicio de actividad sexual ya consumada: variable nominal con dos posibles respuestas (Sí y No),
- Relevancia de la sensibilización/formación/información de estudiantes universitarios en el área relacionada con las sustancias psicoactivas, a través de charlas/seminarios/talleres en un contexto académico: variable nominal con dos posibles respuestas (Sí y No). Luego se presenta en el cuadro 1 con la

operacionalización/catálogo de todas las variables, proporcionando una lectura más estructurada.

**Cuadro 1** - Caracterización de las variables utilizadas

<b>Variáble</b>	<b>Tipo</b>	<b>Catalogación/Operacionalización Análisis descriptivo/Inferencia estadística</b>
<b>Variables Sociodemográficas</b>		
<b>Género</b>	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
<b>Edad</b>	Cuantitativa discreta	Edad en años
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa nominal	Soltero(a), Casado(a), Unión de Facto, Divorciado(a) Y Viudo;
<b>Escuela a la que asiste</b>	Cualitativa nominal	Cuestión abierta (Posibilidad de agrupar respuestas similares)
<b>Práctica de Ejercicio Físico</b>	Cualitativa nominal	Si No
<b>Estudio</b>	Cualitativa nominal	Cuestión abierta (Posibilidad de agrupar respuestas similares)
<b>Año</b>	Cualitativa ordinal	1er año 2º año 3er año 4to año
<b>Residencia en lugares concurridos/ ambientes nocturnos</b>	Cualitativa nominal	Si No
<b>Comienzo de la Actividad Sexual</b>	Cualitativa nominal	Si No
<b>Relevancia de aumentar la formación</b>	Cualitativa nominal	Si No

## **Recogida y análisis de datos**

La elección de técnicas para recopilar información se debe a su relevancia específica para la elaboración del estudio previsto. En tal sentido, a lo largo de la presente investigación los datos fueron recolectados a través de la aplicación de cuestionarios.

Sin embargo, la investigación bibliográfica fue una técnica eficaz, en el ámbito cronológico a lo largo de toda la investigación, en la medida en que es un proceso inconcluso para el investigador, ya que se actualiza constantemente.

Estas investigaciones se llevaron a cabo en la biblioteca o mediante la búsqueda de material disponible en línea en Internet en libros, monografías, publicaciones periódicas, artículos y sus resúmenes en revistas científicas, tesis, actas de congresos, documentos legislativos y judiciales).

Ghiglione & Matalon (1993) citado por Fernandes (2013), refieren que optar por una encuesta tipo cuestionario permite interrogar a un gran número de individuos y tiene la intención de hacer una generalización. Y según Fortin (2009), la aplicación de cuestionarios es el método de recolección de datos más utilizado por los investigadores, debido a la facilidad de aplicación, rapidez y bajo costo. Con el propósito de recoger información actual sobre diferentes tipos de fenómenos.

Para este estudio se abordaron diferentes aspectos con un punto en común: el estudiante de educación superior. En la presente investigación, se eligió un enfoque mixto, ya que se construyó un cuestionario que utilizó simultáneamente un formulario sociodemográfico elaborado por el investigador y la aplicación de escalas construidas por otros investigadores y ya traducidas y ensayadas en la población portuguesa, a saber, la Escala de Ansiedad, Depression and Stress 21 (EADS21) de Lovibond y Lovibond cuya adaptación portuguesa se debe a Pais Ribeiro (Pais Ribeiro et al., 2004) y el Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI-R) (Tarter & Hegedus, 1991). Versión traducida y adaptada por Rodrigues & Cardoso, 2013 (Rodrigues, 2013).

Así, fue aplicado por el investigador, personalmente en las cuatro escuelas del Campus de Bragança del IPB, incluyendo en el estudio a todos los estudiantes que



aceptaron voluntariamente participar en el estudio, con consentimiento informado por escrito, el instrumento de recolección de datos - " Estudio Científico sobre Consumo de sustancias en estudiantes universitarios del Instituto Politécnico de Bragança" (Anexo 1) compuesto por los siguientes cuestionarios:

### **Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica**

Este cuestionario sociodemográfico fue construido específicamente para esta investigación, considerando la población y los objetivos objeto de estudio y tuvo como propósito conseguir información referente a la muestra de la población en cuanto a sexo, edad, estado civil, ejercicio físico, inicio de actividad sexual, estudiante desplazado, residencia en lugares concurridos/junto a establecimientos nocturnos y pertinencia de la formación sobre los temas en estudio. Información que, además de posibilitar la caracterización, puede cumplir el doble papel de actuar como factores que influyen o no en el consumo de sustancias psicoactivas y en la salud mental del joven encuestado.

### **Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés 21 (EADS21)**

El EADS21 de Lovibond y Lovibond, cuya adaptación portuguesa se debe a Pais Ribeiro (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), está dirigido a mayores de 17 años y se organiza en tres escalas: Depresión, Ansiedad y Estrés, que incluyen cada uno de ellos siete artículos.

Las tres escalas constan de 7 ítems cada una, con un total de 21 ítems. La subescala de Ansiedad consta de Activación del Sistema Autonómico (ítems 2, 4 y 19), Efectos del Músculo Esquelético (ítem 7), Ansiedad Situacional (ítem 9) y Experiencias Subjetivas de Ansiedad (ítems 15, 20). La subescala Depresión consta de Disforia (ítem 13), Desánimo (ítem 10), Devaluación de la Vida (ítem 21), Autodesprecio (ítem 17), Falta de interés o implicación (ítem 16), Anhedonia (ítem 3) e Apatía (punto 5). La subescala de Estrés consiste en Dificultad para Relajarse (ítems 1 y 12), Excitación Nerviosa (ítem 8), Fácilmente Agitado/Molesto (ítem 18), Irritación/Reacción Exagerada (ítems 6, 11) e Impaciencia (ítem 14).

Cada ítem consta de una oración, un enunciado, que se refiere a síntomas negativos. Se le pide al sujeto que responda si la declaración se aplica a él "la semana

pasada". Para cada frase hay cuatro posibles respuestas, presentadas en una escala tipo Likert.

Los encuestados califican la medida en que experimentaron cada síntoma durante la última semana, en una escala de 4 puntos de gravedad o frecuencia. En cuanto a su calificación e interpretación, los resultados de cada escala están determinados por la suma de los resultados de los siete ítems. La escala proporciona tres notas, una por subescala, donde el mínimo es "0" y el máximo es "21". Las puntuaciones más altas en cada escala corresponden a estados afectivos más negativos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

### **Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI- R)**

Para determinar la existencia de abuso de sustancias se utilizó el DUSI-R (Drug Use Screening Inventory-Revised) (Tarter & Hegedus, 1991). Versión traducida y adaptada al contexto portugués por Rodrigues & Cardoso, 2013 (Rodrigues, 2013).

Este inventario en su diseño original tiene 149 preguntas sí/no y evalúa 10 dominios. Considerando la extensión del instrumento, fueron eliminadas las preguntas relacionadas con 3 dominios considerados menos relevantes para la presente investigación: problemas de salud física, desempeño profesional y ocio/recreación. Así, el instrumento contó con 117 preguntas, con respuesta sí/no, que podrían indicar la presencia de problemas en otros 6 dominios además del consumo de sustancias:

- Patrón de comportamientos;
- Trastorno mental;
- Estructura familiar;
- Habilidades sociales;
- Rendimiento académico;
- Relación con los compañeros.

Según Rodrigues (2013), en cuanto a su calificación e interpretación, existen tres formas de calificación: Densidad absoluta del problema (DA), que es un indicador de la gravedad general en cada una de las áreas por separado; Densidad Relativa del

problema (NDR), que refleja la contribución de cada una de las áreas a los problemas totales del individuo; y la densidad general del problema (DG), que se refiere a la gravedad general de los problemas.

Las puntuaciones obtenidas se refieren a la gravedad de los problemas, en porcentaje, que van de cero (0) a cien (100). También según el mismo autor, dada la DA del problema, puntuaciones superiores al quince por ciento representan la existencia de problemas, sin embargo, para cada área existe un punto de corte diferente que indica la existencia de un problema grave: para el consumo de sustancias es 53.3%, para patrón de conducta es 60.0%, para trastorno mental es 60.0%, para habilidades sociales es 57.1%, para estructura familiar es 71.4%, para rendimiento académico es 60.0%, y para relación con pares es del 50.0%, como se sistematiza en el Cuadro 5.

**Cuadro 5-** Punto de corte específico para problemas graves (DA) en DUSI R, según Rodrigues (2013)

<b>Domínios/ Dimensiones de DUSI- R</b>	<b>Punto de corte</b>
<b>Consumo de sustancias</b>	53.3%
<b>Patrón de comportamiento</b>	60.0%
<b>Trastorno mental</b>	60.0%
<b>habilidades Sociales</b>	57.1%
<b>Estructura familiar</b>	71.4%
<b>Logro académico</b>	60.0%
<b>Relación con los compañeros</b>	50.0%

En el presente estudio nos enfocamos únicamente en la Densidad Absoluta, es decir, un análisis de cada una de las 7 áreas o dimensiones en estudio.

La muestra seleccionada, como ya se mencionó, para este estudio estuvo compuesta por estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança.

## **Procedimientos de recogida de datos y consideraciones éticas**

Después de obtener la autorización del Señor Presidente del IPB para realizar el estudio (Anexo VI), en un primer paso, se obtuvieron las autorizaciones necesarias de los autores de los instrumentos utilizados, el EADS 21 y el inventario DSI-R. La autorización para utilizar el DUSI-R fue otorgada por el doctor Paulo Jorge Rodrigues, coautor de la adaptación para la población portuguesa del inventario DUSI R (Anexo III) que forman parte del cuestionario utilizado en el ámbito de esta investigación, para proceder a su aplicación.

Posteriormente, se contactó a los docentes de las escuelas adscritas a los estudios de Licenciatura contemplados (Escola Superior Agrária, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Escola Superior de Saúde y Escola Superior de Educação) y la hora y el lugar exactos para la aplicación del cuestionario a alumnos en un contexto de clase.

En la aplicación del cuestionario se tuvo en cuenta la necesidad de proteger los derechos de la persona, respetando sus derechos a la autodeterminación, intimidad, anonimato y confidencialidad, así como el derecho al trato justo y equitativo (Fortin, 2009). Es decir, se tuvieron en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki: consentimiento informado; respeto a la discrecionalidad en colaborar o no en el presente estudio; garantía del derecho a la confidencialidad de sus respuestas y al anonimato de la información; garantía de no manipulación de los participantes para dar respuestas favorables; adopción constante de una postura de respeto a los valores culturales y religiosos de cada uno (World Medical Association, 2013).

Además del hecho de que la presente investigación respeta integralmente los principios éticos, valores y normas del código de ética de los enfermeros, insertos en la publicación del estatuto de esa orden (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2015)-

La participación y colaboración de los estudiantes del IPB en este estudio fue voluntaria y, para salvaguardar los principios éticos, se solicitó la debida autorización para la aplicación de los cuestionarios mediante consentimiento informado de la siguiente manera: antes de aplicar el cuestionario en la escuela, se explicó en qué el alcance que se estaba aplicando, la importancia del estudio y su objetivo, garantizando siempre el anonimato y la confidencialidad de los datos. Por lo tanto, se obtuvo el

consentimiento de los estudiantes personalmente y también en el propio instrumento de datos antes de realizar las respuestas, brindando naturalmente al estudiante la posibilidad de negarse a participar o cesar su participación en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

La revisión bibliográfica realizada respetó los derechos de autor y también se obtuvo la autorización de los autores para el uso de las escalas en el ámbito de la recolección de datos (Anexo III y Anexo IV).

El período de recogida de datos fue en el año académico/escolar 2016-2017, de abril de 2017 a junio de 2017.

Según Mills & Kroner (2006), uno de los problemas en la aplicación de instrumentos de autoinforme se refiere a la deseabilidad social. Esta puede definirse como la tendencia de los sujetos a negar rasgos socialmente indeseables y asumir rasgos socialmente deseables, así como la tendencia a decir aquello que los coloca en una posición más favorable.

## **Procedimientos estadísticos**

Tras la recogida de datos para el estudio, fue necesario recurrir a métodos estadísticos adecuados y adaptados a las variables y a la muestra para poder realizar el correcto análisis e interpretación de los resultados. Los datos fueron recopilados, organizados, analizados y tratados estadísticamente, siendo expuestos en forma de texto, tablas y gráficos.

Así, después de la recolección de datos, estos fueron incluidos en una base de datos computarizada y procesados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS® versión 23), (IBM, 2013). También se utilizó el programa Microsoft Office Excel 15.0, Office 2013 para la elaboración de cuadros y gráficos para presentar los resultados obtenidos.

Habiéndose establecido el nivel de significación del 95% ( $\alpha=0.05$ ).

Para cumplir con los Objetivos del Estudio e Hipótesis de Investigación y el posterior análisis y percepción de los resultados, se utilizaron los resultados de las técnicas estadísticas descriptivas, inferenciales y correlacionales.

Así, para dar respuesta a los Objetivos de Estudio de la presente investigación, se realizó estadística descriptiva, utilizando en particular medidas de tendencia central, como la media (M) y medidas de dispersión a través de la desviación estándar (DE). Con el objetivo de evaluar la asociación de las variables, se realizó el análisis estadístico de los resultados obtenidos a través de tablas de cruce de variables con aplicación de la prueba de chi-cuadrado.

Luego, para cada una de las dimensiones en estudio, se calculó el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach -  $\alpha$ ), con el fin de analizar su confiabilidad (Cronbach, 1951, 1988). La confiabilidad del instrumento se refiere a la propiedad de consistencia y reproducibilidad de la medida (Maroco, 2007). Se dice que un instrumento es confiable si mide de manera consistente y reproducible una característica particular o un factor interesante.

Un alfa de Cronbach por debajo de 0.5 se considera inaceptable, entre 0.5 y 0.6 débil, entre 0.6 y 0.7 cuestionable, entre 0.7 y 0.8 aceptable, entre 0.8 y 0.9 bueno, y por encima de 0.9 se considera excelente (Cronbach, 1951, 1988; Moore, McCabe & Craig, 2009; Pestana & Gageiro, 2005).

Para responder a las Hipótesis de Investigación 1 a 10, es decir para identificar diferencias significativas entre los diversos grupos y correlaciones entre las diversas dimensiones en estudio, fue necesario definir las pruebas estadísticas a utilizar, es decir, pruebas paramétricas o no paramétricas.

De los análisis realizados mediante las pruebas de Shapiro-Wilk, se puede concluir que la distribución de los datos, para los distintos grupos de variables independientes analizadas en las Hipótesis de Investigación, sigue una distribución no normal. En cuanto a las pruebas de homogeneidad de varianzas, ésta se verificó sólo en siete combinaciones de las cincuenta existentes, infringiendo así en la gran mayoría de los casos el requisito de considerar la distribución normal. Finalmente, en cuanto al análisis de Kurtosis de los datos de las diversas dimensiones, se concluyó que tres de las dimensiones presentan un Kurtosis superior a 1.96, punto de corte generalmente aceptado en la literatura como límite para considerar la distribución normal (Hair et al., 2014).

Así, en base a los análisis anteriores, nos encontramos ante un conjunto de datos que, en su mayor parte, infringen los principios de una distribución normal, por lo que se recomienda el uso de pruebas no paramétricas (De Winter & Dodou, 2010; Fay & Proschan, 2010; Nachar, 2016).

Este hallazgo también define que la verificación de la Hipótesis de Investigación 11 se hará a través del cálculo del coeficiente de correlación de Spearman. Los coeficientes de correlación se clasifican de la siguiente manera: 0.00–0,09 correlación insignificante; 0.10–0.39 correlación débil; 0.40–0.69 correlación moderada; 0.70–0.89 fuerte correlación; y 0.90–1.00 correlación muy fuerte (Schober & Schwarte, 2018).

En el caso de las pruebas de Hipótesis de Investigación, siempre que hubo diferencias significativas, también se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen (Cohen, 1988; Fritz, Morris & Richler, 2012; Sullivan & Feinn, 2012).

Cuanto mayor es la *d* de Cohen, mayor es el tamaño del efecto, y la interpretación del valor es:  $d < .01$  = muy pequeña;  $.01 \leq d < .5$  = pequeño;  $.5 \leq d < .8$  = intermedio;  $.8 \leq d < 1.2$  = grande;  $1.2 \leq d < 2$  = muy grande; y,  $d \leq 2.0$  = enorme (Sawilowsky, 2009)

Por lo tanto, los métodos de análisis de datos y las técnicas estadísticas aplicadas para validar los Objetivos del Estudio y probar las hipótesis de la investigación se presentan esquemáticamente en la Tabla 1 y la Tabla 2.

**Tabla 1** - Análisis de Datos y Técnicas Estadísticas Aplicadas referentes a OE

Objetivo del Estudio (OE)	Técnicas estadísticas aplicadas
OE1: Identificar el nivel de salud mental (ansiedad, depresión y estrés) de los estudiantes del Instituto Politécnico de Braganza	Estadísticas descriptivas, presentando valores medios (M), las respectivas desviaciones estándar (DE), número de observaciones (n) y intensidad de la ansiedad, la depresión y el estrés a menudo
OE2: Identificar los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança	Estadísticas descriptivas, presentando valores medios (M), las respectivas desviaciones estándar (DE) y número de observaciones (n)

**Tabla 2 - Análisis de Datos y Técnicas Estadísticas Aplicadas en HI**

<b>Hipótese de Investigación (HI)</b>	<b>Técnicas estadísticas aplicadas</b>
De HI 1 a HI10	Estadísticas inferenciales, a través de pruebas de Mann-Whitney, presentando rango medio (PM), significación (p) y tamaño del efecto (d)
HI11: Existen correlaciones significativas entre las dimensiones en estudio	Coeficiente de correlación rho no paramétrico de Spearman ( $\rho$ )



## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se procederá a la interpretación y discusión de los resultados obtenidos, de acuerdo con el marco conceptual y a realizar la confrontación y comparación con la evidencia de otros estudios científicos siempre que se considere pertinente y relevante. El plan de discusión sigue la organización de la presentación de los datos, centrándose particularmente en la salud mental y el alcance del consumo de sustancias, sus particularidades en términos de caracterización y relación con las variables en estudio.

Para dar respuesta al primer objetivo del estudio *OEI - Identificar el nivel de salud mental (depresión, ansiedad y estrés) de los estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança*, y como se mencionó anteriormente, se utilizó la escala EADS21 de Lovibond y Lovibond, cuya adaptación portuguesa se debe a Pais-Ribeiro, Honrado & Leal (2004).

**Cuadro 6-** Percepción/perspectiva del comportamiento de los jóvenes encuestados en las subescalas de EADS21

<b>Subescala – Ansiedad (EADS)</b>
La sensación desagradable que más se evidencia es “Sentí que se me secaba la boca”, seguida de la sensación “Sentí cambios en el corazón sin hacer ejercicio” y la sensación “Me preocupaba por situaciones en las que podía entrar en pánico y hacer una figura risible”.
Se observó que la mayoría de los estudiantes encuestados manifestó nunca sentir las sensaciones/preocupaciones expuestas 55.1% (n=216).
<b>Subescala - Depresión</b>
Destacan con cierta frecuencia: “Me costaba tomar la iniciativa para hacer las cosas” y “Me sentía desanimado y melancólico.
Se observó que la mayoría de los estudiantes encuestados manifestaron que nunca sintieron las sensaciones/preocupaciones expuestas 51.0% (n=200).
<b>Subescala - Estrés</b>
Destacan: “Sentí que a veces era sensible”; “tendía a reaccionar exageradamente en ciertas situaciones”; “Me costaba calmarme” y “Me costaba relajarme”.

Se observó que la mayoría de los estudiantes encuestados afirmó experimentar al menos alguna de las sensaciones/dificultades presentadas 64.5% (n=253)

Consideramos pertinente una percepción del comportamiento de los jóvenes encuestados en cada ítem de las respectivas subescalas de la referida escala en estudio y así extrajimos desde la perspectiva descriptiva, como se puede ver de forma resumida en el Cuadro 6, que la conducta de los universitarios es la esperada y aceptable en relación con su contexto de experiencias en el nivel académico en el que se encuentran.

Revelando, sin embargo, algunos déficits y limitaciones conductuales en la dimensión Estrés, lo que corrobora lo encontrado en la literatura.

La evidencia científica señala que al acceder a la vida universitaria, la mayoría de los jóvenes estudiantes experimentan cierta inseguridad respecto al nuevo estilo de vida (contactos sociales, roles y rutinas que deben realizar) (Bouteyre, Maurel & Bernaud, 2007; Ferreira, 2008; Mullins et al., 2016; Ramos & Carvalho, 2008; Tietzen, 2010). Este período de transición y adaptación a un nuevo contexto predispone, en cierto modo, a que los estudiantes se conviertan en un grupo de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales (Michael et al., 2006).

La ansiedad, el estrés y la depresión son algunos de los problemas psicológicos que más afectan a diversas áreas de la vida estudiantil, a saber, el rendimiento físico, social, emocional, cognitivo y académico (Andrews & Wilding, 2004). Los cambios que requieren adaptación o respuestas, mentales o emocionales, pueden dar lugar a situaciones de estrés (Galvão et al., 2017). El estrés cuando se encuentra en niveles elevados tiene graves consecuencias sobre el bienestar general y el comportamiento de los individuos (Lipp & Malagris, 2001; Lipp, 2006; Margis et al., 2003).

Es importante recordar que estos jóvenes se encuentran en la llamada edad adulta emergente, una fase de su vida marcada por la inestabilidad y propicia para el desarrollo de ciertos trastornos, como el estrés y los síntomas de ansiedad (Arnett, 2006).

Según Vibe et al., (2013), los jóvenes universitarios se encuentran en el grupo de edad en el que aparecen las primeras manifestaciones de muchas enfermedades psiquiátricas, y es necesario llamar la atención sobre posible psico somatización.

Por ello, es crucial dar especial importancia al estudio de la psicopatología en estudiantes universitarios, ya que las investigaciones muestran un aumento de frecuencia e intensidad de problemas en esta área (Santos, 2011), y es fundamental orientar a los jóvenes para que busquen apoyo en salud mental que también permitirá generar conocimiento que explicará conductas de salud consideradas menos asertivas (Zavala, 2017). La búsqueda de ayuda por parte de los jóvenes dependerá tanto del tipo de problema de salud mental que estén experimentando como del tipo de fuente de ayuda que se considere adecuada para ese problema (Rickwood et al., 2005).

Posteriormente en la investigación se analizaron los scores promedio obtenidos en cuanto a salud mental (Depresión, Ansiedad y Estrés) de los estudiantes del IPB, haciendo una comparación entre individuos del sexo femenino y masculino.

En cuanto a la calificación e interpretación de la escala EADS 21 utilizada, los resultados de cada escala vienen determinados por la suma de los resultados de los siete ítems que constituyen cada subescala. La escala proporciona así tres notas, una por subescala, donde el mínimo es “0” e. de este modo. el máximo “21”. Las puntuaciones más altas en cada escala corresponden a estados afectivos más negativos.

Así, a partir de los datos obtenidos en el presente estudio, podemos concluir que los promedios generales obtenidos son bajos, en cada una de las dimensiones de la salud mental (Depresión, Ansiedad y Estrés), como se resume en el Cuadro 7.

**Cuadro 7-** Salud mental de los estudiantes del IPB

		Ansiedad	Depresión	Estrés
Salud Mental	M	3.21	3.27	5.23
	DP	3.800	3.880	4.323
	n	392	392	392

Sin embargo, transformando las puntuaciones de los encuestados en índices de intensidad de ansiedad, depresión y estrés, tal y como se describe en el manual de la escala original (Lovibond, & Lovibond, 1996), encontramos que los alumnos encuestados en nuestra investigación presentan niveles de intensidad de Ansiedad, Depresión y Estrés fueron considerados como Normales respectivamente por 67.3%,

73.7% y 74.2%. Sin embargo, más del 25% de los estudiantes muestran niveles de intensidad por encima de lo normal en las dimensiones depresión y estrés, alcanzando, sin embargo, casi un tercio en la dimensión ansiedad, apareciendo el Nivel Extremo en los encuestados con un 7.1%, para la Dimensión Ansiedad, 2.8% para la Dimensión Depresión y 1.8% para la Dimensión Estrés, como se resume en el Cuadro 8.

**Cuadro 8-** Índice de Intensidad (Normal/Extrema) de Salud Mental de los estudiantes del IPB.

Nivel		n	%
<b>Ansiedad</b>	Normal	264	67.3%
<b>Depresión</b>		289	73.7%
<b>Estrés</b>		291	74.2%
<b>Ansiedad</b>	Extremo	28	7.1%
<b>Depresión</b>		11	2.8%
<b>Estrés</b>		7	1.8%

Lo cual presupone buenas experiencias de los encuestados en nuestro estudio en un contexto universitario.

Considerando la evidencia en la literatura, encontramos que el interés por estudiar la prevalencia de enfermedad mental en estudiantes universitarios ha ido en aumento, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos experimenta cierta inseguridad frente al nuevo estilo de vida (Bouteyre, Maurel & Bernaud, 2007; Ferreira, 2008; Mullins et al., 2016; Ramos & Carvalho, 2008; Tietzen, 2010) y varias investigaciones han indicado menores índices de salud mental en la población universitaria que en la población general, en la medida en que la transición a la educación superior puede constituir una etapa con amenazas potenciales para la salud y el bienestar de los estudiantes (Mowbray et al., 2006; Negovan & Bagana, 2011; Neves & Dalgalarondo, 2007).

Rickwood et al., (2005) indican que, a pesar de la mejora considerable en las condiciones de vida y el bienestar físico, la prevalencia de problemas y trastornos de salud mental aumenta en esta etapa. Los mismos autores también explican que el riesgo

al que está expuesta la salud mental de los jóvenes se debe a situaciones como: separación de los padres, entrada en un proceso de consolidación de su identidad, necesidad de tomar decisiones sobre su educación y vocación, el inicio de la formación de relaciones íntimas y el desarrollo de grupos de socialización, comportamientos inherentes al acceso a la educación superior.

Nuestros resultados son considerablemente más positivos que los resultados de estudios previos. Un estudio que evaluó diez instituciones de educación superior en Hong Kong mostró altos índices de depresión, ansiedad y estrés en esta población (Wong et al., 2006).

Datos relativamente recientes de la American College Health Association (ACHA) indican que el 43.7% de los estudiantes de educación superior tienen niveles de estrés por encima del promedio y que el 11% tiene estrés extremo; además, el 8.6% de los encuestados tenía diagnóstico de depresión y el 8.6% tenía diagnóstico de ansiedad (ACHA, 2014, citado por Nogueira, 2017).

Poeta (2018), con el objetivo de caracterizar los comportamientos de salud y la salud mental de los estudiantes de educación superior, incluyó en su investigación a 339 estudiantes de la Universidad de Beira Interior (UBI) y los resultados mostraron una alta prevalencia de estrés psicológico (17%), ansiedad (22%) y depresión (14%).

Estos datos merecen especial atención porque durante el período de asistencia a la universidad los estudiantes atraviesan varias etapas y muchas vulnerabilidades psicológicas, y es importante reconocerlas por parte de la institución educativa para que se puedan superar los momentos más difíciles (Andrade et al., 2016). Certo (2016), en su estudio desarrollado en el IPB, en el año académico 2014/2015, menciona que de los estudiantes que accedieron a la consulta de psicología, según el Psicólogo Clínico del IPB, 30% de los estudiantes presentó ansiedad, 15% ataques de pánico, 15% estado de ánimo deprimido, 20% eventos traumáticos de la vida, 6% trastornos de personalidad, 4% trastornos alimentarios y 10% otros problemas.

Bento et al., (2021) también muestran que algunas de las formas de malestar emocional y psicológico que analizaron pueden tener una expresión e impacto importante en la salud mental y física de los estudiantes de educación superior. De hecho, alrededor de un tercio de los estudiantes informaron sentirse tristes o deprimidos

al menos una vez a la semana, y este porcentaje es similar al de los estudiantes que informaron sentirse solos.

Los datos obtenidos también son muy favorables porque, según Abhainath & Kedare (2016), una mejor salud mental en los jóvenes se asocia con una mejor salud física, conductas socialmente positivas y conductas de menor riesgo.

Por el contrario, los jóvenes con problemas de salud mental, como la depresión, son más propensos a exhibir conductas de riesgo, a lo que se suma la carga económica y social para las familias y la sociedad, en términos de estrés, costos de tratamiento y discapacidad. Los adultos jóvenes tienen un riesgo particular de desarrollar condiciones psicopatológicas, especialmente la población de estudiantes universitarios, quienes durante el período de transición a la educación superior se enfrentan a un conjunto de vulnerabilidades que conviene destacar (Abhainath & Kedare, 2016; Andrade et al., 2016; Mowbray et al., 2006; Neves & Dalgarrondo, 2007; Nogueira, 2017).

En este sentido, Santos (2011) mostró que el 16% de los estudiantes universitarios estaban en riesgo y que el 37% presentaba salud mental disfuncional; Almeida (2014) encontró que el 18.3% de los estudiantes presentaba salud mental con niveles negativos; Nogueira & Sequeira (2017) mostraron que el 16.6% de su muestra presentaba niveles bajos de salud mental.

En el estudio de Poeta (2018) en cuanto a la salud mental, la mayoría de los estudiantes encuestados presentan índices globales de salud mental moderados (n=211, 65.5%). Sin embargo, estos datos no pueden pasarse por alto, ya que una parte significativa de la muestra tenía niveles bajos, probablemente indicativos de peor salud mental (n=60, 18.6%), resultados muy similares a los encontrados en otros estudios portugueses.

De esta forma, podemos considerar positivos los valores encontrados por nosotros frente a lo sugerido por la literatura, sin embargo y a pesar de la evidencia de investigaciones previas, no podemos descuidar el momento pandémico actual y en evolución.

Así, teniendo en cuenta los cambios actuales en la vida y rutinas de los estudiantes universitarios, han surgido estudios que revelan que la actual pandemia está asociada al aumento de los síntomas de ansiedad, depresión (Salman et al., 2020) y a las

dificultades de adaptación a las contingencias globales provocadas por la pandemia (Ribeiro et al., 2020).

Un estudio transversal fue realizado por Barros & Sacau-Fontenla (2022), en Portugal, en una muestra de 478 estudiantes universitarios donde se utilizó la escala Depression Anxiety and Stress para evaluar síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Resultados: el 32%, 28% y 24% de los estudiantes universitarios presentan niveles severos o extremadamente severos de ansiedad, depresión y estrés, respectivamente.

Un estudio reciente realizado en España, reveló la existencia de sentimientos negativos, como el miedo, la preocupación y el estrés en estudiantes universitarios, y es posible comprobar la existencia de niveles moderados a severos de ansiedad y depresión en esta parte de la población. Este estudio concluyó que la actual situación de pandemia tuvo un impacto significativo y desfavorable en la salud psicológica de los estudiantes universitarios ya que los resultados mostraron que el 52.1% de los encuestados fueron clasificados con niveles/puntuaciones altas, el 30.1% como alto severo y el 17.8% como normal (Marques et al., 2021).

En Grecia, otro estudio encontró que la mayoría de los estudiantes universitarios revelaron altos niveles de ansiedad, depresión, pensamientos suicidas y también un aumento en la cantidad de sueño, aunque la calidad ha disminuido. Respuestas a una encuesta en línea de 1000 estudiantes universitarios sobre el impacto de encierro en su salud mental refieren que los participantes relataron cambios con aumento de la ansiedad (73.0%), depresión (60.9%) y tendencia general al suicidio (20.2%); la cantidad de sueño aumentó en un 66.3 % pero la calidad empeoró en un 43.0 % (Kaparounaki et al., 2020).

Antunes (2021) también indicó que había estudiantes universitarios en los que los indicadores de salud mental eran de moderados a muy severos. El 43.3% de los estudiantes presentó niveles de depresión moderada a muy severa, el 36.7% de estrés y el 33.8% de ansiedad. Los resultados son los esperados y consistentes con la literatura, que señala que los estudiantes universitarios presentan niveles significativos de ansiedad, depresión y estrés de moderados a severos durante la pandemia (Lee, Jeong & Kim, 2021; Saadeh et al., 2021).

Los valores de estudios recientes, centrados en el “después de haber surgido el Covid 19” apuntan a que los universitarios han sido valorados como grupo susceptible al malestar psicológico ante situaciones de crisis (Salman et al., 2020). Así, la literatura nos muestra que la pandemia parece tener un impacto psicológico en los estudiantes de educación superior y que este impacto se manifiesta a través de síntomas de ansiedad, depresión, debilitando su salud mental (Ribeiro et al., 2020). A pesar de las adversidades del momento actual, se espera que los estudiantes universitarios con el tiempo ajusten sus respuestas para recuperar el sentido del equilibrio. (Ribeiro et al., 2020).

Para dar respuesta al segundo objetivo *OE2: Identificar los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas de los alumnos del Instituto Politécnico de Bragança*, además de describir las sustancias más consumidas por los alumnos, se realizó una percepción del comportamiento de los jóvenes encuestados en cada ítem de las respectivas dimensiones en estudio en el inventario DUSI-R (Uso de Sustancias, Patrón de Conducta, Trastorno Mental, Estructura Familiar, Habilidades Sociales, Rendimiento Académico y Relación con los Pares).

**Cuadro 9-** Percepción/perspectiva del comportamiento de los jóvenes encuestados en las dimensiones del DUSI-R en estudio

<b>Dimensión - Uso de Sustancias</b>
<p>Cabe señalar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 43.6% (n=171) de los estudiantes que participaron en el estudio “les gustan los juegos que implican beber cuando van a fiestas”;</li> <li>• 36.0% (n=141) “Ha tenido síntomas de abstinencia después de consumir alcohol”;</li> <li>• 36.0% (n=141) “¿Alguna vez ha tenido problemas para recordar lo que hizo bajo los efectos de las drogas o el alcohol”;</li> <li>• 19.9% (n=78) “¿Alguna vez ha extrañado o ha tenido un fuerte deseo por el alcohol o las drogas”;</li> <li>• 15.8% (n=62) “¿Alguna vez ha tenido una discusión o pelea seria con un amigo o familiar por su consumo de alcohol o drogas”.</li> </ul>



Sin embargo, se observó que la mayoría de los encuestados no asumía las conductas descritas

### **Dimensión - Patrón de comportamiento**

En cuanto a los ítems que caracterizan la dimensión Patrón de Comportamiento, se observó que la mayoría de los encuestados asume que:

- “soy terco”, 74.5% (n=292);
- “Sospecho de los demás”, 60.5% (n=237);
- “Tengo una disposición difícil”, 56.4% (n=221) y
- “Acepto bien las críticas”, 77.3% (n=303).

Cabe señalar que el:

- 47.7% (n=187) dijo “Cuando me quejo digo muchas malas palabras”,
- 41.6% (n=163) dijo que “Me aburro o me enfado con facilidad” y
- 29.3% (n =115) “Hago muchas cosas sin pensar primero en las consecuencias”.

Estos comportamientos pueden ilustrar cierta impaciencia e inmadurez de los jóvenes estudiantes involucrados en el estudio.

### **Dimensión - Trastorno Mental**

Cabe señalar que el:

- 75.3% (n=295) de los estudiantes encuestados dijeron que se “preocupan demasiado”;
- 73.7% (n=289) “Tiene dificultad para dejar de pensar en ciertas cosas”;
- 45.7% (n=179) “Tiene problemas para concentrarse” y
- 43.1% (n=169) “Se considera una persona nerviosa”.

Se observa que la mayoría de los encuestados no asumieron las conductas descritas.

### **Dimensión Habilidades Sociales**

Se encontró que el:

80.4% (n=315) expresó “Preocupación por cómo sus acciones afectarán a los demás”;

- 48.2% (n=189) informó que “tiene dificultad para decir “no” a las personas”;
- 38.5% (n=151) afirmó que “Te sientes incómodo si alguien te elogia” y
- 33.2% (n=130) expresó que prefería actividades con personas mucho mayores

que ellos.

Se encontró que la mayoría de los encuestados no asumieron los comportamientos descritos.

### **Dimensión Estructura Familiar**

Cabe señalar, sin embargo, que alrededor del 20% de los encuestados afirmó que:

- la familia rara vez hace cosas juntas;
- los padres o tutores están fuera de casa la mayor parte del tiempo y
- que los padres o tutores desconocen lo que realmente piensan o sienten al respecto de las cosas que son importantes.

Se constató que, en general, las familias de los jóvenes involucrados en el estudio tienen una buena estructura, ya que una gran mayoría respondió negativamente a las preguntas planteadas

### **Dimensión Rendimiento Académico**

Se observó que las conductas o problemas que potencian el bajo rendimiento con mayor frecuencia de respuestas afirmativas fueron:

- “Tiene problemas para centrarse en la universidad o al estudiar”, 47.7% (n=187);
- “Falta a clase más de dos días al mes”, 44.1% (n=173);
- “Suele llegar tarde a clase”, 25.5% (n=100) y
- “Siempre tiene sueño en clase”, 29.8% (n=117).

A la gran mayoría de los encuestados les gusta la institución a la que asisten, establecen buenas relaciones, no se desaniman con sus estudios y no tienen mayores problemas para reconocer.

### **Dimensión de Relación entre pares**

Cabe señalar que el:

- 49.2% (n=192) de los encuestados dijo que “Tus amigos llevaron drogas o alcohol a fiestas el año pasado”;
- 43.9% (n=172) afirmó que “Tus amigos se molestan en las fiestas cuando no sirven alcohol” y
- 25,5% (n=100) dijo que “Algunos de tus amigos han tenido problemas con la ley”.

Se encontró que la mayoría respondió afirmativamente a:

- “Algunos de tus amigos consumen alcohol o drogas regularmente”, 60.2% (n=236);
- “Algunos de tus amigos copian en pruebas/exámenes”, 83.2% (n=326) y
- “Tus amigos usan cábulas”, 75.5% (n=296).

Desde una perspectiva global, resumida en el Cuadro 9, podemos concluir que la percepción del comportamiento de los jóvenes universitarios encuestados en nuestro estudio es positiva en relación con los ítems de las respectivas dimensiones objeto de estudio en el inventario DUSI-R, en la medida en que sus respuestas son en su mayoría a favor de un comportamiento asertivo en relación con el alcance de las dimensiones en estudio. Estos hallazgos corroboran la evidencia en la literatura, que clasifica esta etapa de la vida como altamente propensa a comportamientos desafiantes.

Según Santos & Macena, (2016), se han destacado algunos factores como predictores de la transición evolutiva a la edad adulta, entre los que destaca la progresión en el ciclo de estudios. Esta etapa de la vida se caracteriza como una fase intermedia, una fase de cambio, de pasaje, de shock o crisis, de sucesión de etapas, de estatus, presentando una variabilidad de actitudes y comportamientos (Galvao, Noné & Gomes, 2016).

Así, los jóvenes adultos que acceden a la educación superior experimentan múltiples cambios, donde a veces es necesario conciliar las motivaciones e intereses personales con los nuevos contextos de vida, a nivel familiar, social y escolar, enfrentando un período controvertido de cambios en varios niveles (Ramos & Carvalho, 2008).

Bouteyre et al., (2007) indican que la transición a la Universidad requiere cambios en la vida de los jóvenes, llamando a estos momentos eventos vitales estresantes. Por lo tanto, esta fase requiere un ajuste social y emocional y la adopción de estrategias de afrontamiento que son esenciales para enfrentar las imposiciones del entorno académico y los estilos de vida de los estudiantes universitarios tienen sus propias características, es decir, en lo que respecta a la toma de decisiones y la autonomía en las elecciones sobre su forma de vida (Dinger & Waigandt, 1997).

En la **Dimensión Uso de Sustancias** no asumieron las conductas descritas, lo que se traduce como favorable a la luz de la evidencia científica disponible.

Las nuevas experiencias durante el inicio en la universidad son muy importantes para la permanencia en la educación superior (Mendes & Lopes, 2014; Pascarella & Terenzini, 2005). El ambiente universitario facilita el acceso de los jóvenes a las sustancias psicoactivas y algunos estudios muestran que el consumo aumenta después de la inserción en este ambiente (Segatto, et al., 2007). Según Evangelista et al., (2018) el acceso a la universidad se presenta como una etapa de mayor autonomía y emancipación, posibilitando nuevas experiencias, pero que, al constituir también un período de mayor vulnerabilidad, hace que estos estudiantes jóvenes sean más susceptibles al consumo de drogas y sus efectos.

Múltiples razones explican estados negativos o malestar psicológico que impulsan a los estudiantes de educación superior a consumir sustancias psicoactivas (Burriss et al., 2009) y algunos autores han descrito los estilos de vida adoptados en el contexto de la educación superior como conductas de riesgo o no saludables, lo que puede comprometer la salud presente y futura del individuo (Abolfotouh, Bassiouni & Mounir, 2007; Keller, 2008). La alta importancia de adherirse a estilos de vida saludables ha incentivado a los investigadores a desarrollar investigaciones y trabajos en esta área, abordando conductas en cuanto a consumo de sustancias nocivas, alimentación, sedentarismo y actividad física, conductas de alto riesgo para la vida, conductas sexuales, cuidado de la higiene y apariencia, ocupación del tiempo libre y vigilancia médica (Tietzen, 2010).

En la **Dimensión Patrón de Comportamiento**, los estudiantes revelaron algunos comportamientos que podrían ilustrar o traducir una notoria impaciencia e inmadurez de los jóvenes participantes en el estudio.

Los comportamientos de salud pueden resultar de la interacción de actitudes, hábitos, valores, sentimientos, creencias y también tendencias o modas, es decir, las características del estilo de vida del individuo (Kickbusch et al., 2013).

En la juventud, por tanto, son numerosos los desafíos que se le plantean a los jóvenes, provocando no sólo nuevas oportunidades/opciones, sino también nuevos desafíos y riesgos, lo que se considera un intervalo crítico, de mayor vulnerabilidad

(Grácio, 2009; Wagner & Andrade, 2008). Los jóvenes estudiantes de educación superior son un grupo vulnerable, ya que con su acceso a la educación superior se producen numerosos y variados cambios (Mendes & Lopes, 2014; Pascarella & Terenzini, 2005), como el cuestionamiento de los valores y hábitos que les fueron transmitidos por la familia a lo largo de su vida (Brito, Gordia & Quadros, 2016).

Las experiencias académicas engloban elementos muy importantes que se reflejan en la adaptación y en la relación interpersonal e institucional, que pueden impactar en la permanencia de los estudiantes (Carlotto, Teixeira & Dias, 2015; Marinho-Araujo et al., 2015; Porto & Soares, 2017). Múltiples motivos provocan estados negativos o malestar psicológico que impulsan a los estudiantes de educación superior a consumir sustancias psicoactivas (Burris et al., 2009).

En la **Dimensión – Trastorno Mental**, se observó que la mayoría de los encuestados no asumía las conductas descritas, lo que se revela favorable para los encuestados. En la medida en que, a la luz del conocimiento científico, al ingresar a la educación superior la mayoría de los estudiantes experimentan cierta inseguridad relacionada con el nuevo estilo de vida (contactos sociales, roles y rutinas que deben cumplir). Igualmente tienen expectativas positivas sobre su nueva vida y casi siempre las comparten con familiares y amigos, con cierto orgullo, lo que ejerce presión sobre los jóvenes estudiantes, además de la presión que ya genera vivir lejos de su familia y amigos (Costa, 2009; Mullins et al., 2016). El tránsito a la Universidad exige cambios en la vida de los jóvenes, llamándose a estos momentos acontecimientos vitales estresantes. Esta etapa se puede traducir, así como un gran desafío, que además de permitir la adquisición de habilidades específicas, representa al mismo tiempo una forma de adquirir la anhelada autonomía. Este proceso de adaptación al cambio parece ser indeclinable y el éxito del joven estará determinado por factores de protección y vulnerabilidad del joven al cambio (Ferreira, 2008).

En la **Dimensión Habilidades Sociales** se encontró que la mayoría de los encuestados no asumieron los comportamientos descritos.

Estudiar en la Educación Superior implica para el joven universitario la acomodación de nuevos hábitos, circuitos y rutinas y la incorporación de nuevos comportamientos y conocimientos, implicando la capacidad de adaptación a nuevos patrones que pasan por una mayor madurez en la relación con los demás y la mejora de

nuevas habilidades para un mejor desempeño en general (Almeida et al., 2007; Couto et al., 2012; Soares & Del Prette, 2015). Estas abarcan habilidades para iniciar y mantener relaciones sociales y abarcan la capacidad de resolver problemas, elogiar, quejarse y afirmarse socialmente (Pedroso- Lima et al., 2014; Soares & Del Prette, 2015). Contrariamente a lo esperado, los estudiantes universitarios muchas veces no demuestran haber desarrollado estas habilidades que les permitan tener un adecuado ajuste social, necesitando adquirirlas o mejorarlas (Angélico, Crippa & Loureiro, 2006; Soares & Del Prette, 2015). Algunos autores argumentan que las habilidades sociales son cruciales para que los jóvenes interactúen socialmente de manera aceptable y satisfactoria, independientemente del contexto y la cultura (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010).

En la **Dimensión Estructura Familiar**, se encontró que, en general, las familias de los jóvenes involucrados en el estudio tienen una buena estructura, pues la mayoría respondió negativamente a las preguntas planteadas, revelando una buena dinámica familiar.

Se entiende que la familia es el principal grupo social en la formación del individuo, teniendo como uno de los roles fundamentales atender las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales de cada uno de sus componentes (Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005). La familia educa y transmite valores. Es fundamental para el desarrollo integral de los niños y jóvenes sentirse parte de una familia, en la que la protección familiar, además de salvaguardar y preservar la vida y la salud de sus miembros, también permita la orientación y el seguimiento. La forma de relación establecida desde temprana edad es la que prevalecerá en el futuro (DGS, 2019a; Elsen, 2002; Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005).

La interacción del joven con el contexto que lo rodea resulta de la integración de habilidades sociales emocionales, lingüísticas, cognitivas, ajuste y competencia sociales (Cordier et al., 2015). Y, según el mismo autor, existen factores, externos e internos, que pueden interferir en la predisposición del individuo a relacionarse con los demás y, en consecuencia, en el funcionamiento social. Los factores internos incluyen el desarrollo del cerebro, la personalidad y el temperamento, y los factores externos incluyen influencias ambientales, factores familiares, estatus socioeconómico y cultura (Cordier et al., 2015).

Según Giglioti & Guimarães (2007) la familia se rige por reglas que determinan su funcionamiento y que dan el “ritmo” de la relación de sus miembros, además de que el comportamiento de cualquier miembro de la familia afecta y es afectado por todos los factores involucrados. Los jóvenes que cuentan con más apoyo y que se sienten comprendidos por la familia, presentan un menor patrón de consumo de drogas. Aun así, el cariño e interés mostrado por los padres, el tiempo que dedican a sus hijos y la firmeza de las medidas disciplinarias mantienen la relación con la abstención del consumo de drogas, ya que según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2020) tiene menor riesgo de consumo de drogas un individuo que pertenece a una familia bien integrada, dentro de sí misma y en la sociedad, y que posee factores protectores como estar bien informado, tener calidad de vida, tener difícil acceso a las drogas y vivir en un contexto armónico.

Otra perspectiva que también ha sido objeto de investigación y con una correlación demostrada en la adaptabilidad a la trayectoria académica de los estudiantes que ingresan a la vida universitaria es la importancia del apoyo de los padres (Botton, Cúnico & Strey, 2015; Dias, 2012; Fiorino, Maré & Bardagi, 2017). Según estos investigadores, ese apoyo parece ser relevante, posiblemente porque facilita el proceso de identificación del estudiante con la profesión (probablemente animándolo a involucrarse con el estudio, sus actividades y los profesores), lo que puede ocurrir o no con los jóvenes que perciben que sus elecciones no corresponden a las expectativas de los padres.

En la **Dimensión Rendimiento Académico** se encontró que a la gran mayoría de los encuestados les gusta la institución a la que asisten, establecen buenas relaciones, no se desaniman con sus estudios y no tienen mayores problemas para registrar. Lo que se presenta como positivo para los estudiantes de nuestro estudio.

De acuerdo con la literatura, se señalan relaciones entre la adaptación de los estudiantes a la educación superior y su éxito académico, que son más amplias que el rendimiento escolar, ya que involucran numerosos factores no solo de naturaleza cognitiva, sino también de naturaleza personal y social (Carvalho Alves, 2017). El éxito en la vida académica en la educación superior también se basa en factores, además de la preparación académica, como la elección de universidad, la vocación, el apoyo de

familiares y compañeros, la motivación por aprender o las características demográficas del estudiante (Kuh et al., 2006).

La forma en que los estudiantes perciben las dificultades, o la intensidad con que las sienten, puede influir en todo su recorrido estudiantil desde el momento en que ingresan a la universidad, lo que revela la influencia de las características psicosociales de los estudiantes en la calidad de la adaptación a la universidad (Diniz & Almeida, 2006; Ting & Robinson, 1998). Los rasgos de personalidad como la confianza en uno mismo o el locus de control interno influyen en la capacidad para tener éxito (Kuh et al., 2006). El estrés provocado por el cambio de escenarios, hábitos, separación de la familia (Pascarella & Terenzini, 2005; Tinto, 1996) también son elementos importantes.

En la **Dimensión Relación entre pares**, se encontró que un número importante de estudiantes respondió afirmativamente a comportamientos que denotan problemas subyacentes en su contexto de relación, lo que puede expresar algún riesgo.

La evidencia científica nos dice que, en el devenir del joven universitario, pueden surgir contextos facilitadores, como las redes de amistad que establecen los estudiantes, proporcionando un mejor ajuste (Teixeira, Castro & Piccolo, 2007) con impacto en el desarrollo psicosocial, en el rendimiento académico y en el ambiente de la Universidad (Teixeira, 2009). Según Monteiro, Tavares & Pereira (2009) el desarrollo de los adultos emergentes también puede verse influenciado por el contexto de la educación superior. Este período se caracteriza por el desarrollo de la identidad y el logro de la autonomía en diferentes niveles y, para muchos estudiantes, el ingreso a la educación superior implica dejar el hogar familiar y la consiguiente separación de padres, familiares y amigos.

Además, el ambiente académico es rico en rituales y tradiciones, por ejemplo, la Praxe Académica (festividades para saludar al estudiante que llega a la universidad) que es una tradición dinámica y se ha ido adaptando a los tiempos actuales, ya que en cada generación tiene su propio significado e interpretación y se ha ido adaptando a la realidad del momento (Frias, 2003). Así, no es sólo un conjunto de reglas y costumbres, sino que engloba una multiplicidad de comportamientos y estatutos, rituales, ceremonias y festividades, simbología, eventos musicales, de himnos, de disfraces, de poemas, de salidas nocturnas. Esta práctica forma parte de la vida asociativa estudiantil, marcando el ingreso y tránsito de los estudiantes por la educación superior (Frias,



2003). Y así, a veces, la configuración sociocultural y emocional es en gran medida compleja, cuando los estudiantes transitan a una etapa de independencia y cuestionamiento de valores, creencias y actitudes, desencadenando en ocasiones cambios en su estilo de vida, con la posible presentación de conductas negativas (Tietzen, 2010).

“La importancia de las estadísticas y la investigación reside en la diferencia entre tener políticas e intervenciones basadas en evidencia científica y no tenerlas” (SICAD, 2020).

Así, el conocimiento sobre la realidad de los comportamientos asociados al consumo de sustancias psicoactivas permite identificar posibles tendencias y focalizar en las necesidades de intervención, así como encontrar las opciones estratégicas, razón que interesó para comprender cuáles son las sustancias psicoactivas más consumidas por los universitarios en el presente estudio. Sin embargo, considerando pertinente un abordaje más sistemático, presentamos sólo las tres sustancias con mayor frecuencia de consumo registrada (alcohol, cannabis y analgésicos) y recodificando así las variables con las respuestas no consumió/consumió, presentase el Cuadro 10.

**Cuadro 10-** Sustancias más utilizadas en los últimos 30 días

<b>Substancias</b>	<b>Total</b>	<b>Consumo en últimos 30 días</b>
<b>Alcohol</b>	392	76.7% (n=299)
<b>Analgésicos</b>	392	24.5% (n=96)
<b>Cannabis</b>	388	15.7% (n=61)

El consumo de sustancias psicoactivas es actualmente un verdadero fenómeno de progresiva expansión en la sociedad contemporánea (Carapinha & Guerreiro, 2019; SICAD, 2020). Las cifras del último año de consumo de sustancias ilícitas en la Unión Europea permiten evaluar el consumo reciente de drogas y revelan que el consumo afecta principalmente a la población adulta joven. Se estima que 19.1 millones de adultos jóvenes (15-34 años) han consumido drogas en el último año (16 %), con una

proporción de casi dos a uno entre hombres (20%) y mujeres usuarias (11%) (EMDCDDA, 2019).

Los valores encontrados en el presente estudio corroboran la evidencia científica. Los estudios relacionados con estudiantes de educación superior se han incrementado en los últimos años, indicando que los estudiantes adoptan estilos de vida poco saludables durante su carrera académica (Costa, 2009; Galvao et al., 2016; Galvao et al., 2017).

Datos que son idénticos al estudio de Rodrigues (2013), en el que participaron 218 estudiantes de educación superior, quienes también identificaron el alcohol, el cannabis y los analgésicos como las sustancias en las que los participantes revelaron un mayor consumo, respectivamente: alcohol 80.7%, analgésicos 31.7% y cannabis 20.6%. (Valores ligeramente superiores a los de nuestro estudio).

También Florêncio et al., (2019), encontraron valores similares con respecto al consumo de riesgo o nocivo de sustancias psicoactivas y, en su estudio con 352 estudiantes universitarios, entre los participantes la sustancia más consumida en el último mes fue el alcohol (71.3 %), seguida de los analgésicos (67.3%). Idénticos datos mostraron Domingos & Domingos (2005) donde el alcohol es la sustancia más utilizada (69%), con los analgésicos en segundo lugar (34%). Ribeiro et al., (2020) en su investigación con 937 estudiantes de educación superior, reconocen el alcohol como la sustancia más consumida (78.7%), seguida del cannabis (23.4%).

Será absolutamente relevante tener en cuenta que el consumo de alcohol en un contexto universitario puede ser consecuencia de hábitos adquiridos con anterioridad al ingreso del estudiante a la educación superior. De acuerdo con el SNS, SICAD presentó datos relacionados con el estudio “Consumo de Alcohol, Tabaco, Drogas y otras Conductas Adictivas y Dependencias: ECATD – 2019 (Lavado, Calado & Feijão, 2019) realizado entre estudiantes, de los grupos de edad de 13 a los 18 años y según los datos, el alcohol es la principal sustancia consumida. La gran mayoría (68%) de los encuestados en el estudio ya había consumido alguna bebida alcohólica a lo largo de su vida y el 38.2% informó haberlo hecho en los últimos 30 días. Respecto al consumo de cannabis en los últimos 30 días (5.6%) de los estudiantes indicaron su consumo.

En la Encuesta Nacional de Salud de 2019, el 69% de la población de 15 o más años indicó haber consumido alcohol al menos una vez en los últimos 12 meses, el 22% nunca había bebido en su vida y el 8% había bebido, pero no en los últimos 12 meses (Góis, 2019). Sin embargo, con relación al alcohol, también en 2019, se realizó la 5ª edición de la encuesta anual Additive Behaviors (encuesta de jóvenes participantes del Día de la Defensa Nacional), con una prevalencia (68%) de consumo de cualquier bebida alcohólica en los últimos 30 días, a los 18 años (Calado et al., 2020; Carapinha et al., 2020).

SICAD (2020) promovió la encuesta online de auto cumplimentación en Portugal, una iniciativa del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías dirigida a consumidores de drogas de 18 años o más, en unos 30 países europeos, participando en esta encuesta 3188 consumidores de cannabis. En Portugal, para esa muestra de consumidores de cannabis, el 48% tenía entre 18 y 24 años. Y el número total de encuestados que asistían a la educación superior fue del 18%.

El cannabis es la sustancia psicoactiva ilícita más consumida, con una prevalencia de su consumo unas cinco veces superior a la de otras sustancias (EMDCDDA, 2019).

Considerando las sustancias de consumo más frecuente (alcohol, cannabis y analgésicos) y recodificando estas variables con las respuestas no consumido/usado. Estas fueron cruzadas con variables sociodemográficas: sexo, ejercicio físico, inicio de la actividad sexual, habitar en lugares concurridos y con la pertinencia de más acciones de sensibilización de los jóvenes universitarios, encontrándose las principales conclusiones en el Cuadro 11.

**Cuadro 11-** Cruce del consumo de Alcohol, Cannabis y Analgésicos en los últimos 30 días con las variables sociodemográficas y la prueba de chi-cuadrado

<b>Cruce del consumo de alcohol en los últimos 30 días con variables sociodemográficas y prueba de chi-cuadrado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se concluyó que el consumo de alcohol en los últimos 30 días no se asoció significativamente con el sexo del estudiante (<math>\chi^2=2.525</math>; <math>p=0.112</math>), o sea, el consumo se presenta de manera idéntica entre hombres y mujeres, la frecuencia y cantidad puede ser diferente.</li><li>• Asimismo, se concluyó que el consumo de alcohol en el último mes no se asoció significativamente con el ejercicio físico (<math>\chi^2=3.975</math>; <math>p=0.059</math>)</li><li>• Ni con el hecho de vivir en una zona concurrida (<math>\chi^2=1.168</math>; <math>p=0.288</math>).</li><li>• Por otra parte, se encontró que el consumo de alcohol se asoció significativamente con haber iniciado ya la actividad sexual (<math>\chi^2=12.293</math>; <math>p&lt;0.001</math>), observándose que los estudiantes que ya habían iniciado la actividad sexual y consumieron alcohol en los últimos 30 días superan lo teóricamente esperado.</li><li>• También hubo asociación significativa entre el consumo reciente de alcohol y la necesidad de aumentar las campañas de sensibilización (<math>\chi^2=4.227</math>; <math>p&lt;0.05</math>), siendo los estudiantes que no consumían alcohol los que más expresaron la necesidad de tales campañas.</li></ul>
<b>Cruce de consumo de cannabis en los últimos 30 días con variables sociodemográficas y prueba de chi-cuadrado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se concluyó que el consumo de cannabis en los últimos 30 días no se asoció significativamente con la práctica de ejercicio físico por parte del estudiante (<math>\chi^2=1.088</math>; <math>p=0.376</math>), es decir, el consumo se da de forma idéntica entre estudiantes que practican ejercicio físico o no.</li></ul>

- Asimismo, se concluyó que el consumo de cannabis en el último mes no se asoció significativamente con el hecho de que los encuestados vivieran en una zona concurrida ( $\chi^2=0.303$ ;  $p=0.341$ ).
- Por otro lado, se encontró que el consumo de cannabis se asoció significativamente con el sexo ( $\chi^2=13.600$ ;  $p<0.001$ ), observándose que los estudiantes que practicaron ejercicio físico y consumieron cannabis en los últimos 30 días superaron lo esperado teóricamente.
- También hubo una asociación significativa entre el consumo reciente de cannabis y el hecho de haber iniciado ya la actividad sexual ( $\chi^2=4.559$ ;  $p<0.05$ ).
- También se verificó la necesidad de aumentar las campañas de sensibilización ( $\chi^2=9.001$ ;  $p<0.01$ ), siendo los estudiantes que no consumían cannabis los que más expresaron la necesidad de este tipo de campañas.

#### **Cruce del consumo de analgésicos en los últimos 30 días con variables sociodemográficas y prueba de chi-cuadrado**

- Se concluyó que el consumo de analgésicos en los últimos 30 días no se asoció significativamente con la práctica de ejercicio físico por parte del estudiante ( $\chi^2=0.528$ ;  $p=0.534$ ), es decir, el consumo se da de manera idéntica entre estudiantes que practican o no ejercicio físico.
- De igual forma, se concluyó que el consumo de analgésicos en el último mes no se asoció significativamente con haber iniciado ya la actividad sexual ( $\chi^2=0.301$ ;  $p=0.659$ ).
- Ni con el hecho de que los encuestados vivieran en una zona concurrida ( $\chi^2=0.053$ ;  $p=0.907$ ) ni el hecho de que los estudiantes sintieran la necesidad de aumentar las campañas de sensibilización ( $\chi^2=0.053$ ;  $p=0.907$ ).
- Por otro lado, se encontró que el consumo de analgésicos se asoció significativamente con el sexo ( $\chi^2=7.937$ ;  $p<0.01$ ), observándose que fueron las estudiantes las que más analgésicos consumieron en los últimos 30 días y superaron lo teóricamente esperado.

La confrontación con la evidencia científica se realizará al discutir las hipótesis del estudio.

Continuando con la respuesta al segundo objetivo, se analizaron las puntuaciones medias y las respectivas desviaciones estándar obtenidas en cuanto al consumo de sustancias, según las dimensiones utilizadas en el DUSI-R (consumo de sustancias, patrón de conducta, trastorno mental, estructura familiar, habilidades, desempeño académico y relación con los pares) de los estudiantes del IPB, también en este caso, una comparación entre individuos femeninos y masculinos.

En nuestra investigación y para lograr el objetivo 2, teniendo en cuenta que el análisis de densidad absoluta se refiere a la intensidad de los problemas presentes en cada dimensión del instrumento DUSI R y teniendo en cuenta que cuanto mayor sea el resultado, mayor será la intensidad de los problemas en esta misma dimensión, concluimos que al analizar el cuadro 12, en términos globales de la muestra, los valores promedio se encuentran por encima de 15, con excepción de la dimensión Estructura Familiar (que incluye el abordaje de posibles conflictos familiares, supervisión de los padres y calidad de la relación).

**Cuadro 12-** Valores medios y desviaciones estándar, dimensiones DUSI-R (Total)

		<b>US</b>	<b>PC</b>	<b>PM</b>	<b>CS</b>	<b>EF</b>	<b>DAC</b>	<b>RP</b>
<b>Total</b>	M	16,34	29,73	25,60	28,15	13,48	23,81	34,46
	DP	18,716	14,254	14,892	17,828	15,491	14,703	17,191
	n	392	392	392	392	392	392	392

US- Uso de sustancias; PC-Patrón de Comportamiento; PM- Trastorno Mental; CS- Habilidades Sociales; EF- Estructura Familiar; DAC- Rendimiento Académico, RP- Relación con los Pares

Cuando percibimos la densidad absoluta, este es el valor de corte considerado, a partir del cual las prácticas se consideran problemáticas. Así, los estudiantes presentan problemas en las restantes dimensiones. Sin embargo, en ninguno de ellos, el promedio es superior al valor que indica problemas graves.

Es importante señalar que para cada dimensión existe un punto de corte diferente que indica la existencia de un problema grave y, respectivamente: para consumo de sustancias es 53.3, para patrón de conducta es 60, para trastorno mental es 60.0 para habilidades sociales es 57.1, para estructura familiar es 71.4, para desempeño académico es 60.0, y para relación con pares es 50.0.

Los valores encontrados en el presente estudio son similares a los encontrados por Rodrigues (2013), encontrando el autor mencionado una densidad absoluta de (16.9) para la dimensión Consumo de Sustancias, para el área Patrón de Conducta (29.0), para el Trastorno Mental (22.2), siendo esta última ligeramente inferior a la encontrada en el presente estudio (25.6). En la dimensión Habilidades Sociales el valor encontrado por el autor fue (25.8) y en la presente investigación el valor fue (28.1). En la dimensión Estructura Familiar (13.4), al igual que en la presente investigación (13.4). El autor validó en la dimensión Rendimiento Académico (19.8) y en la relación con los compañeros (35.6) mientras que en el presente trabajo se encontró (23.8) y (34.4) respectivamente.

En esta investigación los valores medios también están por encima de 15, con excepción de la dimensión Estructura Familiar, observándose que de igual forma y con agrado en ninguna de las dimensiones objeto de estudio, el promedio es superior al valor del indicador de problemas graves.

Encontramos valores algo dispares en el estudio Florêncio et al., (2019) donde la dimensión Estructura familiar alcanza una mayor densidad absoluta (20.6). Presentando para la dimensión Patrón de Comportamiento, que investiga el aislamiento social y los trastornos de conducta, el valor de (31.8) mientras que el valor encontrado en el presente estudio se sitúa para esa dimensión en (29.7). Además de que en cuanto a la dimensión Rendimiento Académico, la densidad absoluta en este trabajo es (23.8) y para los autores mencionados el valor encontrado fue (24.2).

En la presente investigación, además de calcular los valores absolutos de densidad, se estratificó la muestra en los tres niveles de intensidad aplicables a cada una de las dimensiones del DUSI-R (normal, problemático y severo) y de este análisis resumimos en el siguiente cuadro las que tienen un índice de intensidad normal.

**Cuadro 13-** Distribución de los Niveles de Intensidad de las dimensiones Uso de Sustancias y Estructura Familiar del DUSI-R

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nivel Uso de Sustancias</b>	Normal	253	64.5%
	Problemático	121	30.9%
	Grave	18	4.6%
<b>Nivel Estructura Familiar</b>	Normal	284	72.4%
	Problemático	108	27.6%
	Grave	0	0.0%

Así, como se puede observar en el Cuadro 13, se encontró que en las dimensiones consumo de sustancias y estructura familiar, existe una mayoría de encuestados con un nivel de intensidad considerado normal, 64.5% y 72.4%, respectivamente. Para el resto de las dimensiones del DUSI-R, la mayoría de los encuestados presenta niveles de intensidad problemáticos, sin embargo, con índices muy residuales para el nivel de intensidad severa.

Si bien no existen estudios que permitan una comparación lineal de los valores encontrados, la literatura científica corrobora los resultados encontrados por nosotros, los cuales, a pesar de no ser los deseados, son en general satisfactorios, y se justifican si consideramos la gigantesca complejidad de la problemática asociada al consumo de sustancias y la exigente dinámica de vida de los universitarios.

Como algunos autores señalan esta etapa de la vida se caracteriza por ser una fase intermedia, una fase de cambio, de paso, de shock o crisis, de sucesión de etapas, de estatus, presentando una variabilidad de actitudes y comportamientos. que pueden debilitar la vida, poniéndola en riesgo (Brito, Gordia & Quadros, 2016; Certo, 2016; Galvao et al., 2016; Mullins et al., 2016).

Al llegar a la educación superior, el joven estudiante se ve expuesto a múltiples estímulos o desafíos de integración, experimentando múltiples cambios, como la necesidad de establecer nuevas relaciones interpersonales, de conciliar motivaciones e intereses personales con nuevos contextos de vida, la necesidad de involucrarse en el dinámica social, intelectual y académica y la necesidad de tener éxito académico,



teniendo en cuenta un ajuste a las expectativas creadas en torno al ingreso a la educación superior (Costa, 2009; Fonseca et al., 2019; Mendes & Lopes, 2014; Mullins et al., 2016; Ramos & Carvalho, 2008; Tietzen, 2010).

Así, el acceso a la universidad, si bien permite la vivencia de sentimientos positivos y el logro de una meta programada, puede convertirse en ocasiones en un período crítico, de mayor vulnerabilidad para el inicio y mantenimiento del uso de alcohol y otras drogas, porque el ambiente de la universidad facilita el acceso de los jóvenes a las sustancias psicoactivas (Fonseca et al., 2019; Lomba, 2012).

Así, los estudiantes universitarios pueden ser considerados un grupo vulnerable en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas y conductas de riesgo. Pues si, por un lado, disfrutan de la libertad transitoria entre la vida familiar y la vida laboral adulta (Grácio, 2009; Monteiro, Tavares & Pereira, 2009), por otro lado, ingresan a un entorno nuevo y desconocido, centrado en actividades como las festividades académicas, que se basan en la presencia de sustancias psicoactivas, e incluso algunos estudiantes pueden hacer un uso experimental o abusivo en la búsqueda de la satisfacción que estas sustancias pueden brindar y donde la mayoría de sus recientes compañeros ya pertenecen a una edad adulta, considerada socialmente legítima para el consumo de sustancias psicoactivas (Calado et al., 2020; Carapinha et al., 2020; Fonseca et al., 2020; Oliveira, Carlotto & Dias, 2014; Pillon, 2004; Wagner & Andrade, 2008).

Investigaciones muestran que los jóvenes que inician la vida universitaria han incrementado mucho el consumo de diversas sustancias, en especial el alcohol, lo que se ha agudizado como problema de salud pública, por el riesgo de morbilidad, mortalidad y discapacidad (Mendonça et al., 2020; SICAD, 2020; WHO, 2015g).

El consumo de sustancias está asociado a: problemas escolares (faltas excesivas a clases, fracasos, dificultades de aprendizaje); social (práctica de actividades antisociales, relación con otros consumidores); ciertas características de personalidad (agresividad, impulsividad, intolerancia a la frustración, desinhibición); alteraciones psiquiátricas; y problemas familiares (conflictos familiares) (Malbergier, Cardoso & Amaral, 2012).

De la presente investigación, entre las dimensiones estudiadas a través del cuestionario DUSI R, destacamos la Dimensión Estructura Familiar, dimensión que se

revela como aquella donde las prácticas de nuestros encuestados se destacaron como más positivas, para la comparación con la evidencia científica.

En cuanto al análisis de los ítems de la dimensión Estructura Familiar, se encontró que, en general, las familias de los jóvenes involucrados en nuestro estudio tienen una buena estructura, ya que una gran mayoría de los encuestados respondieron negativamente a las preguntas planteadas. Preguntas que, indagando sobre prácticas y hábitos, pretendían validar la relación del joven con la familia y percibir problemas en ese contexto (Estas preguntas abordaban la evaluación de la relación con los padres, atención, apoyo, seguimiento y uso de alcohol y otras drogas por miembros de la familia).

El contexto familiar ha sido durante mucho tiempo el centro de atención cuando se trata del consumo de drogas por parte de los jóvenes, ya que la familia es tanto un factor protector como un factor desencadenante del consumo. En nuestro estudio lo consideramos un factor protector, por los valores favorables con los que se destaca, como sugieren varios autores.

Se entiende que la familia es el principal grupo social en la formación del individuo, teniendo como uno de los roles fundamentales atender las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales de cada uno de sus componentes (Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005)

La familia educa y transmite valores. Es fundamental para el desarrollo integral de los niños y jóvenes sentirse parte de una familia, en la que la protección familiar, además de salvaguardar y preservar la vida y la salud de sus miembros, también permita la orientación y el seguimiento. La forma de relación establecida desde temprana edad es la que prevalecerá en el futuro (DGS, 2019a; Elsen, 2002; Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005). Según Giglioti & Guimarães (2007), la familia se rige por reglas que determinan su funcionamiento y que facilitan el “ritmo” de la relación de sus miembros, además de que el comportamiento de cualquier miembro de la familia afecta y es afectado por todos los demás.

Los jóvenes que cuentan con más apoyo y que se sienten comprendidos por la familia, presentan un menor patrón de consumo de drogas. Aun así, el cariño e interés mostrado por los padres, el tiempo que dedican a sus hijos y la firmeza de las medidas

disciplinarias mantienen la relación con la abstención del consumo de drogas, ya que según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2020) tiene menor riesgo de consumo de drogas un individuo que pertenece a una familia bien integrada, dentro de sí misma y en la sociedad, y que posee factores protectores como estar bien informado, tener calidad de vida, tener difícil acceso a las drogas y vivir en un contexto armónico.

Por el contrario, el entorno familiar puede presentar varios elementos considerados desfavorables que actúan como elemento facilitador del consumo de drogas: falta de apoyo de los padres, convivencia con un solo progenitor, cultura familiar de consumo de alcohol y otras drogas, conflictos familiares, violencia intrafamiliar y desinformación familiar y desconocimiento sobre el consumo de drogas (Dall’Agnol & Fassa, 2011; Garcia, 2018; Kendler, Schmitt & Aggen, 2008; Sanchez, Oliveira & Nappo, 2005; Soller, 2010). También una dinámica confusa y desordenada de las relaciones familiares donde comúnmente no existen definiciones específicas de roles, límites, reglas, jerarquías, conflictos no resueltos y dificultades de comunicación entre los miembros de la familia, la falta de apoyo y acompañamiento familiar (Azevedo & Silva, 2013; Catanzaro & Laurent, 2004), influyen en el comienzo y mantenimiento del consumo de sustancias (Catanzaro & Laurent, 2004).

Malbergier, Cardoso & Amaral (2012) utilizando el DUSI R (en una investigación donde los objetivos fueron evaluar la asociación entre variables de la dimensión estructura familiar y el consumo de alcohol y drogas ilícitas, evaluar la posible asociación de diferentes patrones de consumo de drogas con diferentes niveles de problemas familiares) encontraron que en comparación con el promedio de problemas familiares reportados por los jóvenes pertenecientes a diferentes categorías de consumo que aquellos que usaban alcohol y drogas ilícitas indicaron tener más problemas familiares que aquellos que no usaban ninguna sustancia. Además de una alta frecuencia de problemas familiares en estudiantes que consumían alguna sustancia (para los mismos autores, este hecho es un indicador de que las estrategias de prevención deben incluir intervenciones en jóvenes y familiares).

En cuanto al estatus de residencia, el consumo parece ser mayor entre los estudiantes universitarios que tuvieron que mudarse de su lugar de residencia habitual, donde vivían con sus padres (Almeida, 2014).

Zeferino et al., (2015) en un estudio cuya muestra total estuvo conformada por 250 estudiantes de una universidad y donde el 45.2% vivía con su familia, se encontró que en cuanto a las características de las relaciones familiares, se tenía la impresión de que la conclusión inicial fue que las relaciones familiares en general eran buenas, sin embargo, al invertir el control de preguntas positivas y negativas en el conjunto de respuestas, se encontró que las relaciones familiares en la muestra presentaban una ligera tendencia a ser buenas. Sin embargo, los autores concluyeron que las relaciones familiares eran factores socioculturales que se mantuvieron neutrales en la muestra de estudiantes y, por lo tanto, no ejercieron una moderación significativa en el consumo de drogas, a pesar de que otros estudios encontraron significación.

Una familia que se caracteriza por ser acogedora, con límites bien definidos, comunicación adecuada, fomento del afecto se presenta como un factor protector contra el consumo de drogas; por el contrario, una familia con distancia afectiva con dificultad en la comunicación y fronteras poco definidas puede favorecer tanto el consumo de sustancias como la permanencia activa de la dependencia (Garcia, 2018; Paz & Colossi, 2013).

Garcia (2018), como resultado de su investigación, menciona que después de que se haya manifestado el problema, la mejor manera que encontraron las familias para ayudar a sus familiares dependientes fue aceptar el problema de salud asociado al consumo, dar amor, cariño, apoyo y mantener una comunicación abierta y diálogo. Es fundamental tener una visión de que la dependencia indica una dinámica familiar disfuncional, ya que esto amplía la comprensión del dependiente dentro de un sistema familiar.

En cuanto a **la consistencia interna de las distintas dimensiones objeto de estudio**, se calcularon los alfas de Cronbach para las tres dimensiones de la EADS-21 y después fue hecha la comparación con los alfas de Cronbach obtenidos en el estudio de Ribeiro et al., (2004), presentado como Estudio 1 y los alfas de Cronbach obtenidos en el estudio de Galvão et al., (2017), exhibidos como Estudio 2. Los alfas de Cronbach encontrados en el presente estudio fueron consistentes con los encontrados en los dos estudios de comparación, demostrando una buena consistencia interna de las tres dimensiones.

Se utilizó la misma metodología para las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, comparándolas con los estudios de Mutiso et al., (2019), presentado como Estudio 1, y Rodrigues (2013) presentado como Estudio 2. Se concluye que la consistencia interna del presente estudio presenta resultados ligeramente inferiores, en la mayoría de las dimensiones, cuando se compara con el Estudio 1 y en línea con los del Estudio 2.

En cuanto a la validación del *HI 1- Existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según el género*

En nuestra investigación y como se puede apreciar en el Cuadro 14, también podemos observar que las estudiantes del sexo femenino presentan valores más altos, aunque en este caso relativamente bajos, en todas las dimensiones: ansiedad, depresión y estrés, cuando se comparan con los estudiantes del género masculino.

**Cuadro 14-** Salud mental de los estudiantes del IPB según sexo

Sexo		Ansiedad	Depresión	Estrés
<b>Masculino</b>	M	2.95	3.18	4.34
	DP	3.670	4.059	3.987
	n	154	154	154
<b>Femenino</b>	M	3,38	3.33	5.81
	DP	3,880	3.768	4.440
	n	238	238	238

Sin embargo, a pesar de existir una diferencia significativa entre los encuestados según el sexo, el tamaño del efecto es pequeño, pero no invalida que la Hipótesis de Investigación 1 se verifique para la dimensión estrés.

En este sentido y en línea con nuestro estudio, diversas investigaciones han señalado mayores tasas de sintomatología psicopatológica, es decir, menor salud mental, en mujeres universitarias en comparación con los varones (Bayram & Bilgel, 2008; Eisenberg & Hefner, 2007; Fisher & Hood, 1988; Nogueira, 2017; Quintero & Ortiz, 2004; Santos, 2011; Sokratous & Karanikola, 2014; Wong & Tang, 2006).

En este contexto, varios estudios epidemiológicos han demostrado que los adultos jóvenes (18-24 años) tienen un riesgo particular de desarrollar complicaciones

psicopatológicas, especialmente la población de estudiantes universitarios, quienes durante el período de transición a la educación superior se enfrentan a un conjunto de vulnerabilidades que conviene destacar (Bouteyre, Maurel & Bernaud, 2007; Ferreira, 2008; Mullins et al., 2016; Ramos & Carvalho, 2008; Tietzen, 2010).

Sin embargo, la enfermedad mental es una condición clínicamente diagnosticable que interfiere significativamente en el normal funcionamiento cognitivo, emocional y social del individuo, afectando a hombres, mujeres, niños, de diferentes nacionalidades y estratos socioeconómicos, así como a los familiares y amigos de quienes la padecen (Proctor et al., 2014).

El resultado encontrado en nuestro estudio también corrobora la investigación de Veríssimo et al., (2011) donde encontraron que las alumnas parecen ser más vulnerables a las manifestaciones de estrés que los hombres. Así como que las mujeres muestran evidencias de mayor capacidad cognitiva y más manifestaciones emocionales, mientras que los hombres muestran un mayor predominio de las manifestaciones conductuales (Galvão et al., 2017; Veríssimo et al., 2011).

Los cambios que requieren adaptación o respuestas, mentales o emocionales, pueden dar lugar a una situación estresante. Dependiendo de los contextos, los conceptos de estrés pueden variar entre estrés como respuesta biológica, estrés como evento ambiental y estrés como transición entre el individuo y el ambiente (Galvão et al., 2017).

Según el estudio de Calais Andrade & Lipp (2003), estas diferencias entre géneros pueden deberse a que las alumnas experimentan más situaciones estresantes que los varones, ya que es común que las mujeres, además de estudiar, también tengan que gestionar trabajo, hijos, hogar, entre otros.

Según Luz et al., (2009), los estudiantes de 1° año tienen mayores niveles de estrés en comparación con los estudiantes de años más avanzados, y esta situación se justifica por los cambios inherentes al inicio del período universitario y su adaptación. Los mismos autores encontraron que el estrés varía en términos de género, mostrando las niñas mayores niveles de estrés en comparación con los niños.

Ávila-Toscano et al., (2015), obtuvieron diferencias significativas en los ítems ansiedad, depresión, pérdida de control emocional y conductual, que corresponden a la

dimensión malestar psicológico, indicando que las mujeres son las que muestran más de estas particularidades. En la dimensión de la escala total, también existen diferencias significativas, lo que apunta a una mayor salud mental en los hombres.

Poeta (2018) también concluyó que las estudiantes universitarias tienen, como era de esperar, niveles globalmente más altos de estrés, ansiedad y depresión. También Nogueira (2017), concluyó que el género masculino es un predictor del bienestar psicológico en estudiantes de educación superior.

Frente al *HI2: Existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según el género*

Como se puede observar en el Cuadro 15, a pesar de existir una diferencia significativa entre los encuestados según sexo, el tamaño del efecto en estos casos es pequeño, pero no invalida que se verifique la Hipótesis de Investigación 2 para las dimensiones: consumo de sustancias; patrón de comportamiento; estructura familiar; logro académico; y, relación con los compañeros.

**Cuadro 15** - Resultados de las pruebas de Mann-Whitney por sexo - DUSI-R, para validación HI2

Dimensión	Género	PM	p	d de Cohen	Tamaño del efecto
Uso de Sustancias	Masculino	217.80	.002	.324	Pequeño
	Femenino	182.72			
Patrón de Comportamiento	Masculino	172.91	.001	.282	pequeño
	Femenino	211.77			
Estructura Familiar	Masculino	218.73	.001	.306	pequeño
	Femenino	182.11			
Rendimiento Académico	Masculino	222.84	.000	.390	pequeño
	Femenino	179.45			
Relación con compañeros	Masculino	211.85	.030	.229	pequeño
	Femenino	186.57			

No existen estudios en la literatura que permitan una comparación literal de los resultados obtenidos por nosotros. Sin embargo, podemos producir confrontación dada la evidencia disponible.

En cuanto a la Dimensión Estándar de Comportamiento, existe una diferencia significativa entre los encuestados según el sexo, siendo las mujeres en su mayoría las que revelan actitudes menos favorables en esta área, sin embargo, en las restantes dimensiones donde se verifica significación, es el sexo masculino quien evidencia por comportamiento menos favorable.

Las características individuales con respecto a la impulsividad en hombres y mujeres pueden considerarse factores influyentes para las conductas de riesgo para la salud en adultos jóvenes (Stoltenberg, Batien & Birgenheir, 2008).

Se cree que las mujeres son vulnerables en aspectos conductuales y cognitivos, además de aspectos biológicos, en respuesta al consumo, pero están menos predispuestas al uso. Los hombres, por su parte, parecen presentar mayores conductas de riesgo, siendo más vulnerables a la búsqueda de drogas, con menores estrategias neuroquímicas compensatorias (Scheffer & Almeida, 2010; Stoltenberg, Batien & Birgenheir, 2008).

Loureiro (2012) en su investigación con 177 estudiantes de educación superior con el fin de verificar si hubo diferencias significativas en la variable de género y en la autopercepción del consumo, permitió observar que el sexo femenino tiene una clasificación menor en relación a su consumo en relación al masculino. Sin embargo, en cuanto al mantenimiento de un estilo de vida saludable, se encontró un 81.25% en el sexo masculino, mientras que en el sexo femenino la cifra fue del 98.14%.

Según el Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (EMDCDDA, 2019) se elaboró el Informe Europeo sobre Drogas-Tendencias y Desarrollos (RED, 2019). Así, en el contexto europeo, para todas las drogas, el consumo suele ser mayor entre los varones. Se estima que alrededor de 96 millones de adultos, es decir, el 29 % de la población de la UE con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, ya han probado drogas ilícitas en su vida. La experiencia de consumo de drogas es más frecuente en varones (57.8 millones) que en mujeres (38.3 millones).



Las sustancias psicoactivas modifican las funciones sensoriales, el estado de ánimo y el comportamiento del individuo y el género masculino es un fuerte predictor del consumo (APA, 2014; Bulmer, 2015).

En el estudio de Zão (2012), que pretendió la caracterización de comportamientos en estudiantes universitarios incluyendo el consumo de sustancias, en consonancia con los resultados presentados en otros estudios (Lomba & Apóstolo, 2009; Babor, 2009) los estudiantes del sexo masculino presentaron frecuencias mayores de consumo de sustancias lícitas e ilícitas, siendo estas diferencias significativas.

En cuanto al género, algunos estudios correlacionan esta variable con el consumo de sustancias psicoactivas, pero señalan diferencias relativas en el patrón de consumo (Benjamin, 1987; Bittencourt, França & Goldim, 2015; Lopes & Rezende, 2014; Silveira et al., 2014; Simões et al., 2014). En un estudio longitudinal con estudiantes norteamericanos se observó que, a pesar de que los varones jóvenes tenían una mayor prevalencia, las diferencias entre hombres y mujeres se reducían con el tiempo (Johnson et al., 2015). La explicación propuesta por los autores es que los niños tienen más probabilidades que las niñas de tener una oferta u oportunidad de consumir drogas, lo cual es un paso crítico en el inicio del consumo de drogas.

Pensamos, por tanto, que también es relevante reflexionar sobre los valores encontrados en nuestro estudio a la vista de los resultados del cruce del consumo de alcohol en los últimos 30 días con la variable sexo y la respectiva prueba de chi-cuadrado, teniendo en cuenta que el alcohol se destaca a nivel de la literatura como la sustancia lícita más consumida por los jóvenes (Calado et al., 2020; Carapinha et al., 2020; EMDCDDA, 2019; SICAD, 2020).

El consumo de bebidas alcohólicas, además de aceptable, también es tolerado e incluso promovido en la universidad, y su consumo es regular e intensivo. El alto consumo de alcohol es un fenómeno bastante pronunciado entre los estudiantes universitarios (Preto, 2002; Lopes et al., 2008; Martins, Coelho & Ferreira, 2010; Mendes & Lopes, 2014; Soares, Pereira & Canavarro, 2014; Zão, 2012). El consumo de alcohol en jóvenes es cada día más común, independientemente del género (Edelman, Cassell & Visser, 2017).

Así, teniendo en cuenta lo expuesto en el Cuadro 16, concluimos que el consumo de alcohol en los últimos 30 días no se asoció significativamente con el sexo del estudiante ( $\chi^2=2.525$ ;  $p=0.112$ ), es decir, el consumo se produce de forma idéntica entre hombres y mujeres en nuestro estudio, pudiendo ser que la frecuencia y cantidad sean diferentes, como referencia en las investigaciones de los citados autores.

**Cuadro 16** - Resultados del cruce del consumo de alcohol en los últimos 30 días con la variable sexo y prueba chi-cuadrado.

Variables sociodemográfica	Respuestas	Consumo de alcohol en los últimos 30 días			$\chi^2 (p)$
		No n(%línea) %columna	Si n(%línea) %columna	Total n(%línea) %columna	
Sexo	Masculino	30 (19.5%) 32.3%	124 (80.0%) 41.2%	154 (100%) 39.3%	2.525 (0.112)
	Femenino	63 (26.5%) 67.7%	177 (73.8%) 58.8%	238 (100%) 60.7%	
	<b>Total</b>	93 (23.7%) 100%	299 (76.3%) 100%	392 (100%) 100%	

Según Carapinha & Guerreiro (2019), en cuanto al consumo de cannabis y género, en Portugal tenemos que en la población joven (15-24 años) los hombres consumen más (17.5%) en comparación con las mujeres (8.7%). Para el consumo reciente, esta diferencia ha ido disminuyendo. Según los investigadores, los hombres comienzan antes y consumen durante más tiempo. Tanto en 2012 como en 2016 hay más hombres que mujeres que consumen cannabis a diario.

**Cuadro 17** - Resultados de cruzar el consumo de cannabis en los últimos 30 días con la variable sexo y la prueba de chi-cuadrado

Variables sociodemográficas	Respuestas	Consumo de cannabis en los últimos 30 días			$\chi^2 (p)$
		No n(%línea) %columna	Si n(%línea) %columna	Total n(%línea) %columna	
Sexo	Masculino	116 (75.8%) 35.5%	37 (24.2%) 60.7%	153 (100%) 39.4%	13,600 (0,000)
	Femenino	211 (89.8%) 64.5%	24 (10.2%) 39.3%	235 (100%) 60.6%	
	<b>Total</b>	327 (84.3%) 100%	61 (15.7%) 100%	388 (100%) 100%	

Respecto al *HI3: Existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según la práctica de ejercicio físico*, tenemos que existe una diferencia significativa entre los encuestados según lo practiquen o no ejercicio físico, el tamaño del efecto es pequeño, pero no invalida que la Hipótesis de Investigación 3 se verifique para las tres dimensiones de la EADS-21 (Estrés  $p = 0.010$ ;  $d$  de Cohen = 0.280; tamaño del efecto pequeño; Ansiedad  $p = 0.006$ ;  $d = 0.252$ ; tamaño del efecto pequeño; depresión  $p = 0.034$ ;  $d$  de Cohen = 0.204; tamaño del efecto pequeño).

Aunque no lineales, los resultados encontrados en nuestra investigación corroboran los datos traducidos por el panorama científico, en cuanto a la influencia del ejercicio físico en la salud mental. Comúnmente, incluso es relativamente consensual que la práctica regular de actividad física se asocia con niveles satisfactorios de salud y bienestar, a cualquier edad.

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2018) a nivel mundial, en la población adulta de 18 años y más, cerca del 23% no realizaba suficiente actividad en 2010 y con mayor expresión en el grupo femenino (27%) en comparación con el grupo masculino (20%). Según una encuesta sobre hábitos de actividad física en España realizada por García-Ferrando & Llopis (2011), el 43% de la población española practicaba actividad física en 2010. Estos datos alejan a la población española de la realidad que se vive en otros países europeos, como en los países nórdicos, donde la tasa de práctica de actividad física superó el 70%.

Actualmente, los beneficios para la salud de la actividad física o el deporte están bien documentados (Alcântara da Silva et al., 2015; DGS, 2017, 2019a; Silva et al., 2016). El ejercicio físico se ha asociado consistentemente con una salud mental positiva y la ausencia de estados adversos como ansiedad, depresión y enfermedad física (Dale, Brassington & King, 2014). La recomendación del ejercicio físico como estrategia de prevención y promoción de la salud se estableció en el ámbito de la salud física y también de la psicología (Leiva et al, 2017).

También, de los beneficios de la actividad física regular para la salud, según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2015), hay una mejora en la salud mental del individuo, concretamente en la depresión. Estos beneficios de la actividad física se confieren a la liberación de hormonas, endorfinas, que producen resultados protectores

para el sistema inmunológico, previenen los efectos negativos del estrés y los desequilibrios físicos y mentales, mejorando la autoestima, la condición física y el funcionamiento general (McGovern, 2005; WHO, 2015).

Si bien estos y otros beneficios de la actividad física para la salud ya han sido bien descritos, muchos jóvenes no tienen y/o no mantienen suficientemente estas prácticas para disfrutarlas (Costa et al., 2017). Un estilo de vida sedentario no beneficia la salud general ni la salud mental (Cooney et al., 2013; Kenari, 2014).

Así, aunque ampliamente compartida, esta ética no se tradujo en una práctica efectiva de ejercicio físico diario por parte de los estudiantes de la Universidad de Lisboa en 2012, en la investigación presentada por Alcântara et al., (2015). Cuando se observaron los niveles de actividad física practicada entre estos estudiantes en la educación superior, hubo un alto nivel de sedentarismo, y la prevalencia de estudiantes inactivos fue muy alta, donde prácticamente dos tercios (60%) de los estudiantes declararon que no practicaban ninguna actividad física, deportiva o radical.

Zão (2012), en el estudio en estudiantes universitarios, encontró que, en relación con el ejercicio físico, solo el 20.4% asumió practicar una actividad física con frecuencia. También Reis et al. (2017), en su investigación encontraron que en aproximadamente la mitad de la muestra (54.8%) no practicaba deporte.

Bento et al., (2021), tras indagar sobre la práctica de actividad física encontraron que la mayoría de los estudiantes encuestados no practican actividad física o deportiva regular (67.5%) y el 32.5% dice que lo hace, y la regularidad con la que los estudiantes practican la actividad física que realizan es muy variable.

Contrariamente a la evidencia antes mencionada, en vista de la práctica de ejercicio físico, en el presente estudio, alrededor de dos tercios de los jóvenes encuestados dicen ser practicantes ( $n = 261$ ;  $\% = 66.6$ ).

Se reconoce la existencia de evidencia de la asociación positiva entre el nivel de actividad física y la salud mental en estudiantes de educación superior (Demers, 2013), además de las diferencias significativas entre estudiantes más regularmente activos e

inactivos (Silva & Neto, 2014b). En un estudio exploratorio del bienestar psicológico en estudiantes de educación superior del distrito de Lisboa, se identificó entre los principales factores protectores para la salud mental de los jóvenes estudiantes, la práctica de ejercicio físico (Nogueira & Sequeira, 2017).

Conscientes de la relevancia de esta área de la salud pública (Silva et al., 2016), se recomienda la adopción de instrumentos estratégicos en esta área que faciliten la organización de servicios, la formación de profesionales y la distribución de recursos para la promoción de la actividad física (WHO 2018; WHO, 2015).

El escenario donde predomina el estilo de vida sedentario requiere un enfoque integrado para optimizar los resultados de salud mental. Se propone reducir la inactividad física en un 10% para 2025 y un 15% para 2030, a través de la creación de sociedades activas. Así como crear entornos activos (lugares y espacios como instituciones de educación superior), personas activas (como jóvenes, estudiantes de educación superior con oportunidades de acceso a programas y contextos que promuevan la actividad física regular); y sistemas activos (a través de políticas de liderazgo, capacitación profesional, movilización de recursos y acciones coordinadas locales, nacionales e internacionales para aumentar la actividad física y reducir el comportamiento sedentario) (OMS, 2018).

Considerando la validación de la hipótesis **HI4: Existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según la práctica de ejercicio físico,**

En lo presente estudio no existen diferencias significativas entre los encuestados que practican ejercicio físico o no, para las siete dimensiones del DUSI-R, por lo que el HI4 no está validado.

No existen estudios en la literatura científica que permitan una comparación lineal de los resultados obtenidos por nosotros. Sin embargo, podemos producir comparación teniendo en cuenta la evidencia disponible, percibiendo que la literatura presenta convergencias y divergencias respecto al tema.

El ejercicio físico es un importante aliado en el tratamiento de diversas patologías y sus comorbilidades, ya sea por efectos directos, como la reducción de los niveles de grasa corporal y colesterol y la mejora cardiorrespiratoria, o indirectos, como la mejora de la autoestima y la sensación de bienestar. bienestar ser, con reducción de los síntomas depresivos. Existe una conciencia innegable en la comunidad científica de que, además de tratar problemas de salud, el ejercicio físico previene problemas y reduce el agravamiento de numerosas patologías (Alcântara da Silva et al., 2015; DGS, 2019a; Ferreira, Silva & Ferreira, 2017; Silva et al., 2016).

Las sustancias psicoactivas o psicotrópicas modifican las funciones sensoriales, el estado de ánimo y la conducta del individuo, ya que actúan sobre el sistema nervioso central como depresores, estimulantes o perturbadores (APA, 2014b).

Más concretamente en lo que se refiere a los problemas de salud relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, el ejercicio físico estimula la liberación de sustancias neurotróficas, proporcionando una notable mejoría funcional del sistema nervioso e incluso sensaciones de placer y relajación, interfiriendo positivamente en la prevención y tratamiento de las adicciones (Ferreira, 2012).

Además, la actividad física se considera un determinante importante de estilos de vida saludables (Camões, 2010; Silva et al., 2019). El ejercicio físico se ha propuesto como coadyuvante en el tratamiento de la dependencia de sustancias lícitas e ilícitas, complementando los enfoques psicoterapéuticos y farmacológicos tradicionales (Zschucke, Heinz & Ströhle, 2012).

Malagodi, Greguol & Serassuelo (2018) destacan la importancia del ejercicio físico para tener un estilo de vida más saludable y lo fundamental que es que las personas dependientes no tengan una rutina sedentaria, para que no sean vulnerables a estas sustancias. Por otro lado, el ejercicio físico por sí solo no es suficiente para ayudar al dependiente químico, pero puede aportar cambios significativos que hagan que el individuo los acepte como una ayuda para afrontar el tratamiento de la abstinencia. Malagodi, Greguol & Serassuelo (2018).

Pinheiro, Andrade & Micheli (2016) con el objetivo de evaluar el aporte real de la actividad física como método de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, realizaron un estudio con 754 jóvenes en edad preuniversitaria. Para evaluar el uso de

sustancias, se utilizó el Drug Use Screening Inventory (DUSI), utilizando únicamente la tabla de frecuencia de uso de sustancias en el último mes y la dimensión del inventario relacionado con cuestiones que abordan problemas asociados al uso de sustancias. En este estudio se observó que, contrariamente al censo común, los jóvenes del grupo con alto nivel de actividad física presentaban un alto consumo de diversas sustancias como el alcohol y el cannabis. Los resultados encontrados sugieren una asociación entre el nivel de intensidad de la actividad física y el consumo de drogas, y en ningún caso establecen causalidad entre los hechos.

Fernandes (2009) en su estudio monográfico pretendía percibir si la actividad física prevenía o trataba la adicción a las drogas. Sus conclusiones fueron que en el consumo de cannabis no existe evidencia de que la actividad física impida el consumo o provoque la abstinencia de este consumo. En el consumo de alcohol, parece que la actividad física protege contra el abuso de alcohol. En el consumo de otras drogas, parece que la actividad previene y ayuda a tratar el abuso de estas sustancias.

Otros estudios, con resultados similares, también demostraron que la práctica de actividades físico-deportivas no actúa necesariamente como factor protector del consumo de sustancias (Bedendo & Noto, 2015).

Para la hipótesis, ***HI5: Existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según hayan iniciado o no actividad sexual,***

Si bien existe una diferencia significativa entre los encuestados según hayan iniciado o no actividad sexual, para la dimensión depresión el tamaño del efecto es pequeño, aunque no invalida que se verifique el HI5 para la dimensión en cuestión.

Los resultados del presente estudio, aunque no de forma lineal, cuando se comparan, se ajustan a la evidencia científica, ya que la sexualidad y la afectividad son componentes esenciales de la intimidad humana y de las relaciones interpersonales. Son parte integral de la vida de cada individuo y contribuyen a su identidad a lo largo de su vida ya su completo equilibrio físico y psíquico.

La sexualidad, según la Organización Mundial de la Salud, es “una energía que nos motiva a buscar el amor, el contacto, la ternura y la intimidad, que se integra en la forma en que sentimos, nos movemos, tocamos y somos tocados, es ser sensual y al

mismo tiempo al mismo tiempo sexual; influye en pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones y, por tanto, también influye en nuestra salud física y mental” (WHO, 1998).

La sociedad en la que vivimos es una sociedad plural en la que conviven valores muy diferentes en esta materia. Cualquier intervención o abordaje en esta dimensión debe partir de un referente ético que sea a la vez claro, comprensivo del pluralismo moral y promueva el debate de ideas y valores (Associação de Planeamento Familiar-APF, 2019).

Para la mayoría de los universitarios, el ingreso a la universidad es un momento importante en sus vidas, ya que inician su experiencia en el mundo laboral y procesan su identidad profesional, la cual está ligada al proceso de identidad adulta. Con frecuencia en este período se inician conductas sexuales de riesgo, como la negligencia y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos y preservativos, el descuido de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el número de parejas, la existencia de parejas ocasionales, la asociación entre el consumo de alcohol y/o drogas y comportamiento sexual (Papalia, 2006; Sant’Anna et al., 2008; SNS, 2019; UNAIDS, 2016).

Según el HBSC/JunP (Health Behavior in School-aged Children (WHO, 2020) de 2017, que tuvo como objetivo estudiar los comportamientos de salud entre los estudiantes de educación superior portugueses, una cuarta parte de los estudiantes universitarios informaron que en el momento no tenían ninguna relación afectiva (24.9%) y cerca de un tercio mencionó que nunca había tenido relaciones sexuales (32.3%). En la presente investigación, el 80.4% de los jóvenes encuestados informaron haber iniciado ya la actividad sexual, valores similares a los de Pacheco (2012), en su investigación cuyo objetivo fue caracterizar la sexualidad de los jóvenes estudiantes portugueses, describiendo sus comportamientos, actitudes y creencias, presentó una muestra de 526 estudiantes universitarios donde el 86,9% de los jóvenes ya habían iniciado su vida sexual.

Oswalt, Cameron, & Koob (2005) en USA, con 348 estudiantes universitarios, encontraron que el 77.6% de los estudiantes tenían una vida sexual activa.



Los jóvenes inician su vida sexual cada vez más precozmente, por lo que los estudios en el área de la conducta sexual se han considerado prioritarios (Matos, et al., 2010).

Fulton et al. (2010) buscaron evaluar la correlación entre los rasgos de personalidad psicopática y las conductas sexuales de riesgo en estudiantes. Los resultados mostraron que el riesgo en el comportamiento sexual está asociado con consecuencias sociales y de salud negativas, incluidas las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

En el estudio de Pacheco (2012) el aspecto de salud mental total se presenta como bueno en los jóvenes encuestados. Considerando nuestra investigación, con relación a la salud mental que muestran los encuestados, comparando a los que habían iniciado su vida sexual con los que aún no la habían iniciado, existen diferencias estadísticamente significativas. Aunque para Pacheco (2012) con respecto a todas las dimensiones, así como en la escala total, los encuestados que ya iniciaron su vida sexual tienen mayores niveles de salud mental en todas las dimensiones y también mayor salud mental en la escala total.

En cuanto a la validación de la **hipótesis HI6: Existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según ya hayan iniciado o no la actividad sexual**, el tamaño del efecto en estos casos es pequeña, pero no invalida que se verifique la Hipótesis de Investigación 6 para las dimensiones: consumo de sustancias y competencias sociales.

Teniendo en cuenta las numerosas habilidades/competencias que pueden debilitarse en los estudiantes universitarios, lo que va en contra de Fonseca (2005), problemas físicos o crónicos, baja autoestima, miedos y dificultades para establecer relaciones interpersonales, falta de resolución de problemas, baja tolerancia a la frustración, el fracaso y el dolor, la inseguridad, la timidez y la inestabilidad emocional son elementos que conducen a los jóvenes a consumir sustancias psicoactivas.

Al mismo tiempo, también está la búsqueda de nuevas sensaciones, deseo de independencia, crisis de desarrollo y crecimiento, imitación de personajes famosos, presión de grupo, confusión de valores, falta de alternativas de ocio, búsqueda de un estado “high”, efectos de placer inmediatos (Balsa, Vital & Urbano, 2014; Fonseca,

2005; Lomba & Apóstolo 2009). Según Santos (1999) los jóvenes son más propensos a consumir drogas ilícitas y/o lícitas durante la transición a la edad adulta. El inicio del consumo de drogas, lícitas o ilícitas, casi siempre se da por la injerencia del grupo de pares, el cual es un gran referente para los jóvenes, un espacio de aprendizaje y búsqueda de identidad (Lomba, Mendes & Relvas, 2006)

Así, las drogas emergen como un recurso de socialización, facilitando la entrada en grupo y la integración con iguales, estando además directamente relacionada con la diversión, ligada a la búsqueda de emociones fuertes y placer (Calafat et al., 2004; Lobo, 2008; Lomba, Mendes & Relvas, 2006; Lomba & Apóstolo, 2009)- Según Calado & Lavado (2018) en su investigación para evaluar las representaciones, percepciones y actitudes sociales hacia las conductas adictivas en general, encontraron a lo largo del tiempo una menor asociación simbólica entre las sustancias psicoactivas y el contexto de diversión, sociabilidad y recreación.

Además, para la mayoría de los universitarios, el acceso a la universidad es un momento importante en sus vidas, ya que inician su experiencia en el mundo laboral y procesan su identidad profesional, la cual está ligada al proceso de identidad adulta (Lomba, Mendes & Relvas, 2006; Semple & Smyth, 2013). La multiplicidad de ofertas de nuevas experiencias puede verse de manera tentadora y seductora, considerando los primeros años de educación superior como el período en el que se dan las primeras relaciones sexuales (Cooper, 2002; Pacheco, 2012; Patrick & Maggs, 2009; Patrick, Maggs & Abar, 2007). A menudo durante este período se inician conductas sexuales de riesgo, como descuidar el uso de métodos anticonceptivos y prevenir enfermedades de transmisión sexual (Quinta Gomes & Nobre, 2014; Sant'Anna et al., 2008; Zeferino & Fermo, 2012).

Como problemas que actualmente constituyen el patrón conductual de riesgo característico de los adultos jóvenes y que comprometen su salud, tenemos, en particular, el uso inconsistente de métodos anticonceptivos, el número de parejas, la existencia de parejas ocasionales y la asociación entre alcohol y/o consumo de drogas y comportamiento sexual (Matos, et al., 2010; UNAIDS, 2016).

Pacheco (2012) en su investigación, respecto a que los jóvenes ya han tenido relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas, el 33.3% respondió afirmativamente. Cerca del 29.8% de los jóvenes ya han tenido relaciones sexuales bajo

los efectos del alcohol, con diferencias significativas entre géneros, siendo los hombres los que respondieron afirmativamente. Alrededor del 15% de los jóvenes ya habían tenido relaciones sexuales bajo los efectos del cannabis, sin diferencias significativas entre sexos, aunque los hombres respondieron afirmativamente en un mayor porcentaje.

Además, escuchar de los compañeros que usan sustancias psicoactivas que estas sustancias aumentan el placer sexual puede ser un factor importante para conciliar las drogas y el sexo (Calafat et al., 2004).

Edelman et al., (2017) señalan que el consumo de alcohol en jóvenes es cada día más común, independientemente del género. Cómo las mujeres y los hombres usan el alcohol para divertirse, es muy común que ambos grupos mantengan relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol.

Los hábitos de consumo también se han iniciado a edades más precoces, y en nuestro país es alrededor de los doce años que se inicia el consumo de alcohol, y este fenómeno va acompañado de otras conductas de riesgo, entre las que destacan las conductas sexuales de riesgo (DGS, 2019a; Evangelista et al., 2018; Galvao et al., 2016; Silva et al., 2016).

Atendiendo a los resultados de los ítems que caracterizan la dimensión Habilidades Sociales en el inventario DUSI R, que trata de percibir las habilidades e interacciones sociales de los jóvenes, fue encontrado que el 80.4% (n=315) expresó “Preocupación por cómo sus acciones afectarán a los demás”, pero el 48.2% (n=189) informó que “Tiene dificultad para decir “no” a las personas”; El 38.5% (n=151) manifestó que “Te sientes incómodo si alguien te elogia” y el 33.2% (n=130) expresó que prefería actividades con personas mucho mayores que ellos, lo que puede ser revelador de cierta inmadurez a nivel evolutivo, lo que favorece una tendencia al consumo de sustancias.

En cuanto a la validación de *HI7: Existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes del IPB, según vivan o no en lugares concurridos*, no existen diferencias significativas entre los encuestados que viven o no en lugares concurridos, por las tres dimensiones del EADS-21, por lo que no está validado el HI7.

A pesar de la no validación de la hipótesis antes mencionada, teniendo en cuenta los datos encontrados en la presente investigación, la literatura científica apoya fuertemente las perspectivas contrarias.

La literatura científica apunta a múltiples determinantes de la salud mental cuyo origen está asociado a las diversas dimensiones de la persona: biológica, psicológica, socioeconómica, ambiental y cultural. Según algunos autores, existen factores como el lugar de residencia, el entorno que los rodea, el estilo de vida, la genética, la educación, el nivel socioeconómico o la red social de apoyo, que incluye un abanico de relaciones de reciprocidad que influyen en la vida cotidiana de los estudiantes de Educación Superior, determinando su satisfacción y bienestar y que son cruciales para ser considerados como determinantes a valorar en la salud global del individuo. Por el contrario, la ausencia de una red de apoyo social es un predictor de depresión en mujeres universitarias (Bardagi & Hutz, 2012; DGS, 2017).

Los datos sobre el vínculo que se establece entre el estatus de residencia y la salud mental de los estudiantes de educación superior son poco esclarecedores. Múltiples motivos provocan estados negativos o malestar psicológico que impulsan a los estudiantes de educación superior a consumir sustancias psicoactivas (Burris et al., 2009).

Seco et al., (2005) encontraron una asociación positiva entre la permanencia en el hogar familiar y el bienestar físico y psicológico, mayor estabilidad emocional y afectiva, más optimismo, más confianza, mejores hábitos de estudio y manejo del tiempo. Estar fuera de casa parece ser una circunstancia de mayor vulnerabilidad a la depresión en estudiantes universitarios, como predictor de depresión (Thurber & Walton, 2012) o, incluso, como depresión reactiva a salir de casa y alejarse de sus redes de apoyo social y familiar. Souza et al., (2012) también informan que los estudiantes desplazados tienen niveles más bajos de adaptación que los estudiantes no desplazados,

Para conocer qué actividades de ocio favorecían el bienestar de los jóvenes universitarios y practicadas por los estudiantes, Bento et al., (2021) encontraron que, en cuanto a la participación en actividades asociativas, solo el 18.3% de los estudiantes dijo que nunca participó en actividades asociativas. En cuanto a las actividades de voluntariado, el 36.3% indicó nunca haber participado en actividades de esta naturaleza. En cuanto a la frecuencia de bares y discotecas, también es una actividad preferida por

los grupos de edad más jóvenes, a pesar de ello, en este estudio aparece que solo el 11.4% de los estudiantes de la muestra nunca frecuenta bares o discotecas; y el 58.4% lo hace ocasionalmente. El 21.7% de los estudiantes asisten a bares/discotecas semanalmente; y el 7.0% lo hace de dos a tres veces por semana.

Seco et al., (2005) sobre Adaptación Académica, Apoyo Social y Bienestar Subjetivo de los Estudiantes de Educación Superior plantean la necesidad de que las instituciones refuercen mecanismos y estructuras de apoyo a los estudiantes desplazados, quienes ante el probable desarraigo que sienten, les permitan ampliar su red de interacciones sociales, entrando en contacto con nuevos grupos y, en consecuencia, reemplazando a la familia, ahora distante, con nuevos grupos, nuevas fuentes de apoyo social que contribuyan a una mejor gestión de sus recursos y a la mejor utilización posible de los recursos destinados por las instituciones en mejorar su salud mental en general.

Respecto a la hipótesis ***HI8: Existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según vivan o no en lugares concurridos***, según el contexto de nuestro estudio, no es posible validar exhaustivamente el HI8.

A pesar de la no validación de la mencionada hipótesis, teniendo en cuenta los datos encontrados en nuestra investigación, la literatura científica apoya fuertemente perspectivas contrarias, destacando el entorno que rodea al estudiante universitario con un peso significativo en su comportamiento.

El encadenamiento, conexión o interacción de factores biológicos, psicológicos, comportamentales, sociales y ambientales es hoy, en sus múltiples vertientes, aceptado como responsable de la “dinámica de los estados de salud” así como de las transformaciones o cambios que determinan la salud, el bienestar y calidad de vida de las poblaciones en el presente y que se repercutirá en su futuro (Bardagi & Hutz, 2012; DGS, 2017; Ferreira & Santana, 2003; Rosa, Gomes & Carvalho, 2000). Según la DGS (2017), el lugar de residencia, el entorno que lo rodea, el estilo de vida, la red de apoyo social, entre otros, son algunos de los determinantes a valorar.

El consumo de sustancias ocurre mayoritariamente en ambientes nocturnos y festivos, y en la Universidad el consumo tiende a aumentar y diversificar. Cunha et al.,

(2005b) y Pereira (2005) mencionan que los cafés, bares y clubes (lugares de vida nocturna) están ocupando cada vez más un lugar apreciado en las preferencias de los jóvenes consumidores. Y para quienes participan en la vida recreativa, el abuso de sustancias es prácticamente común. Mencionan así que es difícil ir a bares y discotecas, escuchar música y estar con amigos o compañeros, sin beber alcohol, fumar tabaco, cannabis u otras drogas, y los jóvenes consideran estos consumos como un elemento esencial en su entretenimiento (Calafat et al., 2004; Calderón-Romero & Cáliz-Romero, 2015). Independientemente del género, ambos los sexos consumen alcohol para divertirse (Edelmal et al., 2017).

Los estudiantes de educación superior consumen bebidas alcohólicas, en su mayoría, durante las salidas nocturnas, fiestas académicas o vacaciones, en presencia de sus compañeros y se relaciona con el entretenimiento, brindando un patrón de consumo de “binge drinking”, donde el acto de beber tiene como objetivo de llegar al estado de embriaguez (Rodrigues, 2006). Algunos de estos lugares están abiertos al público durante toda la noche y naturalmente en lugares más concurridos, lo que sin duda facilita la compra de bebidas alcohólicas (Rodrigues, 2006).

Farate (2000), revisando las conclusiones del estudio - Monitoring the Future realizado por Johnston y O'Malley en 1986 citado por Preto (2002), destacó variables presentes en las elecciones de los jóvenes respecto al inicio de las drogas, destacando como principal el factor socio- lúdico, ligado al placer sentido por el uso de un producto psicoactivo en el contexto del grupo de pares. Lomba et al., (2006) argumentan que el inicio del consumo de drogas, lícitas o ilícitas, casi siempre se da por la injerencia del grupo de iguales, que es un gran referente para los jóvenes, un espacio de aprendizaje y favorece la búsqueda de identidad. Así, las drogas emergen como un recurso de socialización, facilitando el ingreso al grupo y la integración con los pares (Preto, 2002; Lomba et al., 2006).

Ham & Hope (2003) señalan que el consumo en las universidades se explica en gran medida por los contextos y circunstancias en las que se desenvuelven. También observaron y otorgaron gran importancia a los factores ambientales, notando que el consumo fue mayor entre los estudiantes que formaban parte de asociaciones académicas. La pertenencia a estos grupos y la presión que ejercen es un factor importante a la hora de estudiar las conductas adictivas. Según Pimentel, Mata & Anes

(2013) en un estudio realizado con una muestra de 272 estudiantes de educación superior, el consumo de bebidas alcohólicas además de ser aceptable también es tolerado e incluso promovido en el ámbito académico y su consumo es regular e intensivo.

De cara a la validación de la hipótesis **HI9: Existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los alumnos del IPB, según se consideren relevantes más acciones de sensibilización.**

Si bien el tamaño del efecto es pequeño, no invalida que se verifique HI9 para la dimensión depresión, como se puede observar en el Cuadro 18.

**Cuadro 18** -Resultados de las pruebas de Mann-Whitney a medida que se consideran relevantes más acciones de sensibilización - EADS-21- Dimensión Depresión

Dimensión	Considera relevante	PM	p	d de Cohen	Tamaño del efecto
Depresión	Si	190.86	.018	.331	pequeño
	No	227.73			

En general, se observa que los niveles de estrés, ansiedad y depresión son mayores en los universitarios que no defienden la pertinencia de las campañas de concienciación, sin embargo, este resultado solo es significativo en la dimensión depresión ( $p < 0.05$ ,  $d = 0.331$ ). Por tanto, se puede decir que los alumnos que no consideran relevante la sensibilización tienen significativamente más problemas de depresión. De hecho, podemos suponer que el hecho de que no sean conscientes de la necesidad de formación les hace más vulnerables al estrés, la ansiedad y la depresión.

Se encuentra en la literatura que los estudiantes de educación superior tienen valores disminuidos de Conocimiento en Salud Mental, (Amstrong & Young, 2015; DGS, 2019d; Fonseca et al., 2019; Loureiro, 2018; Rafal et al., 2018). El estudio de Zampieri (2013) con estudiantes universitarios encontró una mayor prevalencia de síntomas de estrés que de depresión y ansiedad. El estudio de Bayram & Bilgel (2008) evaluó los mismos problemas y también encontró niveles moderados de perturbación en todas las patologías y destacó que la satisfacción con la educación se asocia con menores niveles de perturbación. Este resultado permite, al menos en parte, comprender

que esta disminución del conocimiento sobre salud mental en los universitarios puede, eventualmente, condicionar su búsqueda de ayuda. Como concluyeron Rafal et al., (2018) en su estudio, a menor conocimiento en salud mental, menor tendencia a buscar ayuda de profesionales de la salud especializados.

En la última década, la salud mental, tanto a nivel nacional como internacional, ha aumentado su importancia, principalmente como resultado de la creciente evidencia científica, que enfatiza la importancia de la salud mental en diferentes contextos de la sociedad.

En el nivel de educación superior, la salud mental de los estudiantes universitarios debe representar un importante tema de salud pública, dado el impacto de perturbaciones de esta naturaleza a nivel personal, social y académico (Certo, 2016), en el presente y en el futuro.

La alfabetización está relacionada con el proceso de alfabetización, pero depende en gran medida de los procedimientos culturales y de la estructura social, condicionando los actos de ciudadanía practicados por todos nosotros. Así, depende de factores culturales, de las exigencias impuestas por la sociedad y puede, en última instancia, no reflejar los conocimientos y habilidades adquiridos a través de la escolarización (Loureiro et al., 2015).

En Portugal, la “alfabetización en salud mental”, definida como el conocimiento y las creencias sobre los trastornos mentales que respaldan su reconocimiento, manejo y prevención (Jorm et al., 1997) es todavía muy baja en comparación con lo que sería deseable (Loureiro et al., 2012). Varios estudios revelan una gran importancia del enfoque e identificación de las necesidades terapéuticas de salud mental en la atención primaria de salud (Serra, 2014).

Los bajos niveles de alfabetización en salud mental en estudiantes universitarios pueden no solo prevenir o dificultar el reconocimiento temprano de problemas de salud mental, sino también influir en el comportamiento de búsqueda de ayuda (Loureiro et al., 2012). En opinión de Olivari & Guzmán-González (2017), la percepción de la necesidad de buscar ayuda en salud mental es una habilidad aprendida, adaptativa y relacionada con el bienestar psicológico.



En el mismo sentido, Alexander (2017) también explica que la búsqueda de ayuda combinada con la intervención específica temprana se relaciona con el afrontamiento adaptativo y los resultados positivos ante situaciones difíciles o negativas a las que están expuestos los jóvenes y cómo el uso continuo de estrategias del afrontamiento evitativo se traduce como un factor de riesgo para la aparición de enfermedad mental en este colectivo.

Existen numerosos estudios sobre este tema que, en este universo, tienen en común el hecho de que existe un alto porcentaje de estudiantes con niveles significativos de sintomatología que revela baja salud mental y que así corroboran la necesidad de incrementar los niveles de alfabetización en salud mental. salud, esta franja de la población joven, que ha merecido la atención de la comunidad científica.

E incluso teniendo en cuenta que las diferentes circunstancias y contextos y los diferentes instrumentos y herramientas de cada investigación no permiten realizar comparaciones directas, lo que parece más evidente es que los valores del número de alumnos con problemas y con los síntomas clínicamente significativos son relativamente altos.

Una mejor salud mental en los jóvenes, según Abhainath & Kedare (2016), estaría asociada con una mejor salud física, conductas socialmente positivas y conductas de menor riesgo. Por el contrario, los jóvenes con problemas de salud mental, como la depresión, son más propensos a exhibir conductas de riesgo, a lo que se suma la carga económica y social de las familias y la sociedad, en términos de estrés, costos de tratamiento y discapacidad (Abhainath & Kedare, 2016).

Cunha (2020) en su estudio, en relación con las correlaciones entre las dimensiones de salud mental que investigó y las dimensiones de conocimiento en salud mental, encontró que, en general, las correlaciones son de débil magnitud. Aun así, existen correlaciones significativas entre una actitud prosocial y la resolución de problemas y la realización personal y el conocimiento de las características de la salud y los trastornos mentales, así como entre las habilidades de relación interpersonal y la conciencia de las actividades de promoción de la salud. Cuando los estudiantes buscan apoyo psicológico y servicios de orientación, reportan problemas de ansiedad primero, preocupaciones académicas en segundo lugar y depresión en tercer lugar (Edwards & Holden, 2001).

Con el objetivo de validar la hipótesis **HI10: Existen diferencias en los hábitos de consumo de sustancias, según las siete dimensiones del DUSI-R en estudio, de los estudiantes del IPB, según se consideren relevantes más acciones de concientización**, el presente estudio validó el HI10 para las dimensiones: consumo de sustancias; patrón de comportamiento; trastorno mental; estructura familiar; logro académico; y, relación con los compañeros.

Los peores resultados en la mayoría de las dimensiones están asociados a los estudiantes que no defienden la pertinencia de las campañas de sensibilización o formación en las áreas afectadas por la presente investigación. Podemos inferir un círculo vicioso, no están del todo bien en ciertos aspectos importantes en cuanto a la dinámica personal, social y relacional, pero no necesitan ser aclarados y ayudados.

**Cuadro 19-** - Resultados de las pruebas de Mann-Whitney a medida que se consideran relevantes más acciones de sensibilización - DUSI-R

Dimensión	Considera relevante	PM	p	d de Cohen	Tamaño del efecto
Uso de Sustancias	Si	183.02	.000	.785	intermedio
	No	271.08			
Patrón de Comportamiento	Si	190.08	.008	.398	pequeño
	No	232.05			
Trastorno Mental	Si	188.00	.000	.534	intermedio
	No	243.53			
Habilidades Sociales	Si	195.09	.532	n.a.	n.a.
	No	204.32			
Estructura Familiar	Si	189.94	.006	.298	pequeño
	No	232.78			
Rendimiento Académico	Si	189.27	.003	.518	intermedio
	No	236.52			
Relación con los compañeros	Si	188.76	.001	.434	pequeño
	No	239.31			

La evidencia científica, sugiere que el conocimiento, la alfabetización en salud, condiciona la forma en que cada uno de nosotros es capaz de tomar decisiones adecuadas sobre la salud, afectando así no solo a nuestra calidad de vida y a la de

quienes están cerca de nosotros y dependen de nosotros (como niños o ancianos), pero también con implicaciones en el gasto sanitario y en los costes y formas de organización de los sistemas nacionales de salud (Espanha, Avila & Mendes, 2016).

La alfabetización en salud implicará que las personas alcancen un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que les permitirá actuar accediendo, interpretando, evaluando y utilizando información en el campo de la salud, con el propósito de mejorar su salud o la de su comunidad cambiando estilos y condiciones de vida, su capacidad funcional tomando decisiones en la vida cotidiana sobre el cuidado de la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud, conservando o mejorando su calidad de vida a lo largo del ciclo de vida (Loureiro et al., 2015; Loureiro, 2012; Nursing Theories, 2009; Nutbeam, 1998; Silva et al., 2019).

Así, la alfabetización en salud permite optimizar la búsqueda de soluciones a los problemas de salud. Promueve estilos de vida saludables en general, así como conductas preventivas y protectoras de la salud en particular, por lo que se debe fomentar su promoción (DGS, 2019c). Entre las recomendaciones para la promoción de la Alfabetización en Salud en Portugal, se destacan las siguientes: Diversificar estrategias, modos de comunicación e información, reconociendo la diversidad de perfiles sociales y niveles de competencia en Alfabetización en Salud que son transversales a la sociedad portuguesa y apoyar iniciativas que mejoren la Alfabetización en Salud, en particular dirigida a los grupos más vulnerables de la sociedad portuguesa (DGS, 2019c).

Un joven que tenga habilidades, consecuencia de la alfabetización en salud, debe ser capaz de cuidarse a sí mismo física, emocional, social, mental y espiritualmente (Fetro, 2003). Los estudios apuntan que si hay una mayor inversión en la promoción de la alfabetización en salud, esa inversión repercutirá en una reducción de los comportamientos de riesgo y un mejor uso de los servicios de salud, lo que generará una disminución de los costos en salud (Jordão, 2017).

La relación entre educación y salud es claramente evidente en varios estudios, que revelan que los bajos niveles de alfabetización se asocian con bajos niveles de salud, con los consiguientes costos para la sociedad, tanto en términos de sufrimiento humano como económicos (Kickbusch et al., 2013; Kickbusch, 2004; Nutbeam, 2000). La educación para la salud trata de concienciar a las personas de que la salud es una

responsabilidad compartida y que debe contextualizarse en las situaciones sociales y condiciones de vida (Ruiz-Cabello, 2015).

La salud es un recurso para las personas y la sociedad y es una responsabilidad compartida entre todos, por lo que es de suma importancia aunar esfuerzos y promover, en cada oportunidad, la promoción de la Alfabetización en Salud, con el fin de capacitar y activar a la población contribuyendo a la salud, bienestar y la reducción de las desigualdades en salud (DGS, 2019d). En el contexto español, las políticas de salud y educación deben cumplir con el mandato constitucional que establece el derecho de los ciudadanos a adquirir las competencias que les permitan comunicarse e integrarse en la sociedad y que les ayuden a conservar y mejorar su propia salud y la de la comunidad en la que viven (Ruiz-Cabello, 2015).

Salman et al., (2020) concluyeron que es necesario prevenir el mal uso de sustancias psicoactivas entre los estudiantes universitarios, insertando esta materia en el currículo universitario, así como establecer programas de prevención del consumo de drogas para los estudiantes. Los administradores de la universidad deben mantenerse informados para identificar dicho uso y desarrollar intervenciones educativas para prevenir tal comportamiento.

Así, la institución de educación superior tiene un papel muy importante en la integración del estudiante a la vida universitaria, ayudando o no en este camino. Algunos autores (Nadelson et al., 2013; Wiles, Chechi & Dias, 2010), sugieren que corresponde a la universidad prestar atención a las dificultades de los recién llegados para facilitar su adaptación. En el mismo sentido, también consideran responsabilidad de las instituciones universitarias promover las condiciones adecuadas para una exitosa integración y adaptación académica. Considerando el bienestar y la salud mental de los estudiantes, las instituciones generalmente se enfocan en ofrecer servicios bien cuando los estudiantes solicitan ayuda, bien en la promoción y prevención. Con la primera acción, dan respuesta a los problemas más urgentes, desencadenando o dando respuestas más inmediatas. Con la segunda, apuestan por programas de promoción y educación en salud, apoyo y orientación pedagógica.

La literatura ha demostrado que las intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud mental en estudiantes de educación superior se han destacado como eficientes, con resultados muy prometedores (Conley, Travers & Bryant, 2013). Se

apoyan en una educación sanitaria integrada y integral, especialmente caracterizada por la formación, la autonomía y el refuerzo de los recursos positivos. Está dirigida a las singularidades de los estudiantes y contextos académicos, con el objetivo de reducir, minimizar o eliminar las limitaciones negativas (Kalra et al., 2012).

En vista de la validación de la hipótesis ***H111: Existen correlaciones significativas entre las dimensiones en estudio***, se concluye que las correlaciones varían de moderadas a fuertes para las tres dimensiones de la EADS-21, entre ellas, como se puede apreciar en el cuadro 20, y entre despreciable y moderada como podemos ver en el cuadro 20 y en el cuadro 21 para el resto de las combinaciones. Por lo tanto, podemos decir que el H111 fue validado.

Es importante recalcar que el coeficiente de correlación (rho de Spearman) representa la relación lineal entre dos variables, es decir, la forma en que se afectan linealmente entre sí, y para el presente caso, todas las correlaciones son significativas al nivel de  $p \leq 0.05$ .

Según Cohen (1988) se considera una correlación muy baja si el valor es inferior a 0.19; bajo entre 0.2 y 0.3; moderada entre 0.40 y 0.69; alta entre 0.70 y 0.89 y, finalmente, muy alta, cuando los valores están por encima de 0.89).

**Cuadro 20** - Coeficientes de correlación de Spearman - Dimensiones de EADS 21

	<b>Estrés</b>	<b>Ansiedad</b>
<b>Ansiedad</b>	.723	
<b>Depresión</b>	.723	.628

De acuerdo con el Cuadro 20, las asociaciones de las variables permiten comprender que la depresión, la ansiedad y el estrés, síntomas presentes en la muestra estudiada y que analizamos en el presente estudio, demuestran una relación inequívoca entre sí y que deterioran la calidad de vida de los jóvenes estudiantes, teniendo en cuenta los valores presentados.

Cunha (2020) en su estudio, en relación con las correlaciones entre las dimensiones de salud mental que investigó y las dimensiones de conocimiento en salud mental, encontró que, en general, las correlaciones son de débil magnitud. Aun así,

existen correlaciones significativas entre una actitud prosocial y la resolución de problemas y realización personal y el conocimiento de las características de la salud y los trastornos mentales, así como entre las habilidades de relación interpersonal y la conciencia de las actividades de promoción de la salud. Cuando los estudiantes buscan apoyo psicológico y servicios de orientación reportan problemas de ansiedad primero, preocupaciones académicas y depresión en tercer lugar (Edwards & Holden, 2001).

**Cuadro 21** - Coeficientes de Correlación de Spearman - Dimensiones de EADS 21 y Dimensiones de DUSI-R

	<b>Estrés</b>	<b>Ansiedad</b>	<b>Depresión</b>
<b>Uso de Sustancias</b>	.134	.137	.158
<b>Patrón de Comportamiento</b>	.401	.329	.371
<b>Trastorno Mental</b>	.488	.448	.446
<b>Habilidades Sociales</b>	.364	.318	.401
<b>Estructura Familiar</b>	.287	.275	.335
<b>Rendimiento Académico</b>	.269	.283	.304
<b>Relación con los Compañeros</b>	.129	.121	.160

De acuerdo con el Cuadro 21, las asociaciones de las variables permiten comprender que la depresión, la ansiedad y el estrés y las dimensiones del instrumento DUSI R, analizadas en el presente estudio, demuestran una relación inequívoca entre sí y demuestran que proporcionan daños evidentes a la calidad de vida de los jóvenes estudiantes, teniendo en cuenta los valores presentados, aunque no todos con el mismo nivel de intensidad.

En algunos estudios de verificación de la prevalencia de conductas relacionadas con el consumo de sustancias y signos de malestar psicológico entre elementos de la comunidad universitaria, se observó que existe una asociación entre el uso de sustancias psicoactivas y las enfermedades mentales (Horta & Horta, 2012). Se encontraron datos que muestran un mayor riesgo de síntomas depresivos asociados al uso de cannabis (Mesquita et al., 2015). La ansiedad puede ser un factor motivador para el abuso de alcohol y otras sustancias, y la presencia de este trastorno también puede ayudar en la detección de adicción a las drogas (Cássia et al., 2015). En resumen, la prevalencia del

consumo de sustancias psicoactivas está asociada a los altos niveles de estrés y ansiedad experimentados, especialmente en estudiantes de las áreas de salud, que experimentan tensiones y sobrecarga de horarios, provocando trastornos emocionales y/o conductuales (Roberts et al., 2010).

Evangelista et al., (2018) en su investigación sobre la presencia de enfermedades mentales, mostró una correlación positiva entre la depresión y el consumo de alcohol y/o tabaco y/o cannabis; entre el estrés y el consumo de alcohol y/o cannabis y entre el nivel de ansiedad y el consumo de cannabis.

**Cuadro 22** - Coeficientes de Correlación de Spearman - Dimensiones DUSI R

	US	PC	PM	CS	EF	DA
<b>Uso de Sustancias</b>						
<b>Patrón de Comportamiento</b>	.354					
<b>Trastorno Mental</b>	.311	.552				
<b>Habilidades Sociales</b>	.090	.389	.420			
<b>Estructura Familiar</b>	.253	.288	.392	.322		
<b>Rendimiento Académico</b>	.498	.341	.457	.309	.444	
<b>Relación con los Compañeros</b>	.457	.307	.343	.224	.309	.410

Según el Cuadro 22, las asociaciones de las variables permiten comprender que las dimensiones del instrumento DUSI R, analizadas en el presente estudio, demuestran una relación inequívoca entre sí y perjudican la calidad de vida de los jóvenes estudiantes, teniendo en cuenta los valores presentados. Si observamos la relación entre el rendimiento académico y la estructura familiar, se observa un coeficiente de correlación positivo de intensidad moderada ( $r=0.444$ ). es decir, inferimos que la mala estructura familiar conduce a un bajo rendimiento académico. También encontramos una correlación positiva y moderada entre los trastornos mentales y las habilidades sociales ( $r=0.552$ ).

## CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos en el presente estudio, podemos concluir que, en lo que se refiere a la Salud Mental (Depresión, Ansiedad y Estrés) de los estudiantes del IPB, los resultados de la presente investigación revelan que:

- La mayoría de los universitarios tienen niveles de ansiedad, depresión y estrés que suelen ser normales e incluso muy buenos.
- Más del 25% de los estudiantes muestran niveles de intensidad por encima de lo normal en las dimensiones de depresión y estrés, llegando a casi un tercio en la dimensión de ansiedad.

La necesidad de una permanente actualización de los datos sobre esta problemática, de caracterizar la salud mental y identificar variaciones biopsicosociales con efecto positivo y también con mayor vulnerabilidad se revela un tema de particular interés. En nuestro trabajo, concluimos que:

- Las mujeres tienen niveles más altos en todas las dimensiones: ansiedad, depresión y estrés, en comparación con los estudiantes varones, sin embargo, con mayor evidencia en la dimensión estrés.
- El ejercicio físico influye favorablemente en los niveles de estrés, ansiedad y depresión.
- El inicio de la actividad sexual afecta favorablemente los niveles de salud mental, con mayor expresión en la dimensión depresión.
- El lugar de residencia, más o menos concurrido, no modifica los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los estudiantes.
- Los estudiantes que consideran más relevantes las acciones de sensibilización/formación en el área relacionada con el tema, tienen mejores indicadores de Salud Mental, con mayor expresividad en la dimensión depresión.

En cuanto a la identificación de hábitos de consumo de sustancias psicoactivas (DUSIR) de los valores encontrados, concluimos que:



- Las tres sustancias de mayor consumo registradas en los últimos 30 días son alcohol (76.7%), cannabis (24.5%) y analgésicos (15.7%).
- En cuanto a los valores promedio en la mayoría de las dimensiones, ambos sexos tienen datos que superan el punto de corte, considerado problemático, con excepción de las dimensiones Uso de Sustancias y Estructura Familiar. Ambos tienen valores más bajos en estas dos dimensiones, y las mujeres no superan el punto de corte.
- Los varones destacan por mostrar valores más pronunciados, excepto en las dimensiones Estándar de conducta, Trastorno mental y Habilidades sociales. En las dimensiones anteriores, en las que los alumnos presentan niveles más altos, las diferencias son más moderadas entre sexos.
- La práctica de ejercicio físico no interfiere con los hábitos de consumo de sustancias.
- Solo las dimensiones: el consumo de sustancias y las habilidades sociales están influenciadas por el inicio de la actividad sexual, siendo el consumo de sustancias negativamente influenciado por el inicio de la actividad sexual, a diferencia de la dimensión Habilidades Sociales.
- Los lugares de residencia no afectan a los hábitos de consumo de los estudiantes.
- Solo la dimensión Habilidades sociales no está influenciada por la relevancia de las acciones de sensibilización/formación. En el resto de las dimensiones, quienes no valoran la pertinencia de la formación presentan valores más problemáticos.

También se concluyó que las correlaciones varían entre moderadas a fuertes para las tres dimensiones de la EADS-21, entre ellas, y entre insignificantes y moderadas para las demás combinaciones.

Así, este estudio aporta elementos que aumentan la comprensión de la salud mental y las conductas de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas por parte de estudiantes de educación superior en el contexto académico.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y CONTRIBUCIONES A LA PRÁCTICA**

Si bien el tema de la salud mental y la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de educación superior es sin duda siempre relevante en el contexto contemporáneo, este trabajo naturalmente encierra algunas limitaciones y es pertinente reflexionar sobre ellas.

Como la muestra utilizada en esta investigación no es una muestra estratificada a nivel nacional, no puede representar de manera global a todos los estudiantes de un contexto universitario. Además, siempre que se utilicen instrumentos de auto aplicación y, a pesar de la garantía de confidencialidad de los datos, es necesario tener en cuenta sesgos, que pueden influir en la validez de la información proporcionada, además de las dificultades para recordar ciertos aspectos y/o vergüenza para admitir otros, dada su naturaleza íntima (Pestana & Gageiro, 2005).

El procedimiento de recogida de datos, con cuestionario de auto aplicación permitió agilizar la recogida de datos y garantizar la confidencialidad, sin embargo, el hecho de que la información recogida dependa de los testimonios aportados también puede introducir posibles fallos, es decir, una variable puede condicionar la neutralidad de la valoración de los demás, por contagio. Además, los sujetos pueden subestimar o sobreestimar algunos de los comportamientos bajo análisis, dependiendo de si los consideran socialmente deseables o no.

También se observa que una de las principales limitaciones es el hecho de que se trata de una investigación transversal, por lo que no es posible concluir la trayectoria de los efectos, y en el futuro se puede optar por estudios observacionales longitudinales, con la aplicación de proyectos específicos de intervención y la respectiva evaluación.

Además, el análisis de los resultados podría haber incluido un estudio más profundo de algunas de las variables involucradas, con cruces múltiples. Sin embargo, considerando el amplio alcance del estudio y sus numerosas variables, optamos por centrarnos en los objetivos principales de la investigación. Constituye, sin embargo, material para un hipotético análisis futuro.

En cuanto a los instrumentos utilizados, a pesar de haber demostrado buenas características psicométricas, algunos necesitan mayor investigación para confirmarlos y darles aún mayor robustez, especialmente el inventario DUSI-R, concretamente en la diversificación de muestras.

A pesar de las limitaciones mencionadas, en general se lograron los objetivos planteados, destacando la pertinencia de los resultados obtenidos, que permitieron incrementar el conocimiento de los niveles de salud mental y conductas de consumo de sustancias psicoactivas asociadas a los estudiantes de educación superior, fundamentando la adecuada y ajustada intervención comunitaria frente a la problemática en este cuadrante de la sociedad.

Los principales aportes de este estudio se atribuyen a los datos que surgieron del mismo, ahora disponibles para la comunidad científica, dado que los estudios sobre salud mental y comportamientos frente al consumo de sustancias psicoactivas por parte de los estudiantes en un contexto universitario son siempre un activo en el momento actual.

Esta investigación tuvo como objetivo obtener evidencias en el campo de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas de estudiantes de educación superior y su relación intrínseca con variables biopsicosociales consideradas de interés. Así como contribuir a la difusión y transferencia del conocimiento producido para la práctica para fundamentar las decisiones en el campo de la salud y la educación, favoreciendo intervenciones incisivas y naturalmente tempranas encaminadas a aumentar la alfabetización en salud, fortalecer la formación y las competencias y, en resultado, mejorar la calidad de vida de los jóvenes universitarios y consecuentemente de la comunidad donde ellos pertenecen.

Así, en vista de lo anterior, la promoción de la salud mental y la formación para elecciones más asertivas en el contexto del consumo de riesgo en los jóvenes son un área de interés central, con las instituciones de atención primaria de salud y educación superior en una posición privilegiada para una intervención temprana.

Es fundamental desarrollar acciones concertadas con numerosos actores, invirtiendo en proyectos integrados que se basen en la alfabetización sobre las múltiples asociaciones de la salud mental y el consumo de sustancias con la actividad física, la

vivencia saludable de la sexualidad, las relaciones familiares y el contexto ambiental/residencial.

Para cumplir con uno de los objetivos centrales de toda investigación en salud, establecer la conexión entre investigación e intervención comunitaria, presentamos el esquema de un Proyecto de Intervención y Promoción de la Alfabetización en Salud en la Comunidad Joven (Anexo V), que busca intervenir en los principales problemas identificados con el presente estudio.

Los temas abordados constituyen un problema de salud pública que debe ser motivo de preocupación y reflexión no solo para los profesionales de la salud, sino también para los docentes universitarios, los hacedores de políticas, las familias y la comunidad en general. Este plan de intervención se enmarca en la misión de la atención primaria de salud de promover y educar en salud en el contexto escolar y brindar una formación comunitaria integral.

La elaboración y desarrollo de este plan de intervención, en el ámbito de la comunidad, se basa en una acción concertada entre la investigadora y las alianzas a establecer en el ámbito de su ejercicio profesional. Sin embargo, la investigadora realizó la implementación de algunas intervenciones esbozadas con la comunidad. Ante las adversidades impuestas por las atípicas condiciones de salud requeridas en el marco de la pandemia del COVID-19, que generaron un incremento desmesurado en la movilización de recursos humanos, no fue posible realizar la debida diligencia para el arranque efectivo del proyecto.

Así, los resultados que emergen de este estudio constituyen una base de información para profesionales de la salud, profesores universitarios, familias y comunidad, con el objetivo de aumentar la alfabetización en salud en las áreas abordadas.

Esta investigación también puede constituir evidencia científica para apoyar a los hacedores de políticas, permitiendo la construcción de legislaciones y la estructuración de programas más incisivos que favorezcan a ambientes que promuevan la salud de los jóvenes y de la comunidad en general.

## SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

La debilidad o incluso ausencia de estudios y conocimientos en materia de salud mental y la infravaloración de los determinantes asociados al consumo de sustancias psicoactivas por parte de los jóvenes, debilita la vivencia saludable del estudiante en un contexto universitario, propicia desequilibrios y, por tanto, naturalmente, el fracaso académico y una vida menos feliz justificando, por tanto, la continuación de continuas investigaciones en el ámbito de esta problemática.

Los beneficios de este estudio se atribuyen a las relaciones ahora identificadas y más claras entre la salud mental de los jóvenes estudiantes, el consumo de sustancias psicoactivas y las variables biopsicosociales estudiadas. También se da especial importancia a la percepción de los estudiantes, que el estudio identificó, sobre la pertinencia de aumentar la sensibilización/formación/información de jóvenes universitarios en el área relacionada con las sustancias psicoactivas, a través de charlas/seminarios en un contexto universitario.

Esta investigación no sólo intensificó el conocimiento existente, sino que además agregó información original y transferible para apoyar futuros estudios en el ámbito de los temas que abordó y la respectiva formulación de nuevas hipótesis sobre este fenómeno, ahora más claro.

A modo de ejemplo, la importancia de desarrollar un estudio longitudinal de seguimiento de la salud mental de jóvenes universitarios, los determinantes asociados a las conductas adictivas en el contexto del consumo de sustancias y la interferencia de las variables afectadas, con la aplicación de alguna intervención y la respectiva evaluación, investigando su evolución.

Cabe señalar que un estudio longitudinal podría ayudar a clarificar algunos aspectos contradictorios encontrados en la literatura, específicamente en lo que respecta al bienestar de los jóvenes estudiantes de educación superior según la progresión y la edad, dado que algunos estudios exponen que el bienestar tiende para aumentar gradualmente con la edad y el año de estudio, mientras que otros resultados muestran una disminución a lo largo de la trayectoria académica. También permitiría examinar la dirección de los efectos de las variables aquí estudiadas.

Conocer el patrón de consumo de sustancias psicoactivas en una determinada población es fundamental para la implementación de programas de prevención del consumo de drogas, ya que, además de brindar información sobre los patrones de consumo y eliminar los mitos existentes sobre el tema, también proporciona una vía para el desarrollo de políticas públicas, incluyendo la prevención y el tratamiento, con resultados potencialmente más beneficiosos, contribuyendo al cambio de comportamientos nocivos para la salud.

Finalmente, los resultados obtenidos en esta investigación también pueden servir de sustento para nuevos estudios con una metodología de tipo cuasiexperimental, que, en el marco de un proyecto de intervención para promover el bienestar de los jóvenes estudiantes, busquen analizar las consecuencias de los cambios en el estado de salud mental y conductas de consumo de sustancias psicoactivas. Un estudio con esta aplicación permitiría detectar la modificación de los resultados atribuidos a esa intervención.







## INTRODUÇÃO

Permanecerá a problemática do consumo de substâncias psicoativas, passível de causar dependência nos jovens, uma realidade efetiva na sociedade contemporânea? Ao iniciar a presente investigação deparamo-nos ainda com a existência de dúvidas, mitos e crenças associados a esta tipologia de comportamento de risco.

Apesar de serem inúmeros os investigadores que nas últimas décadas têm focalizado os seus estudos no consumo de álcool, tabaco e/ou outras substâncias de índole aditiva em jovens universitários, face às evidências que corroboram com o perpetuar da problemática, continua a ser pertinente e emergente o contínuo trabalhar desta área temática que se tem traduzido numa questão de saúde pública.

No que concerne ao contexto europeu, os dados disponíveis através do Relatório Europeu sobre Drogas de 2021 emitido pelo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - EMDCDDA, 2021a) referem que as estimativas apontam que cerca de 83 milhões, ou 28.9%, dos adultos (15-64 anos) na União Europeia tenham consumido substâncias ilícitas pelo menos uma vez ao longo da vida. Relativamente aos valores do último ano referentes ao consumo de substâncias ilícitas, estes permitem avaliar o consumo recente e revelam que este atinge principalmente os jovens adultos. Estima-se que 17.4 milhões de jovens adultos (15-34 anos) tenham consumido substâncias ilícitas no último ano (16.9%) (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - EMDCDDA, 2021a).

A evidência científica remanescente de estudos recentes sugere-nos que a etiologia associada a esta problemática, em constante mutação, se caracteriza como complexa, e multidimensional, consequência da diversidade de fatores que lhe está associada, como também, da inerente evolução integral da sociedade, cujas metamorfoses acarretam consigo alterações importantes afetas ao individuo e a este fenómeno comportamental (Balsa, Vital & Urbano, 2014; Lomba, 2012; Semple & Smyth, 2013; Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências - SICAD, 2020; Silva, 2012a).

Deste modo, mesmo apreendendo um enorme número de fatores que possam vaticinar o consumo de substâncias nos jovens, bem como, as suas consequências a curto e longo prazo, é crucial uma renovação de paradigmas que, por um lado, exijam prevenção efetiva e, por outro, um discernimento acrescido do que incita os jovens a adotarem comportamentos desta índole, visando naturalmente a prevenção, dissuasão, redução e minimização dos problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas, aos comportamentos aditivos e às dependências (SICAD, 2020), pelo que, atualmente se colocam novos desafios aos profissionais de saúde que trabalham nesta área, bem como aos decisores políticos.

A juventude é uma época da vida, indubitavelmente recheada de mudanças. A transição do ensino secundário para o ensino superior é perspetivada, no contexto atual, como uma das mais importante de todo o ciclo de vivências académicas.

O ingresso na vida académica universitária é uma etapa extremamente marcante no percurso de um jovem estudante. Além da possibilidade de aquisição de conhecimento altamente específico capaz de lhe proporcionar o desenvolvimento de competências para a vida laboral futura que almeja, também proporciona em múltiplas áreas a reconfiguração de hábitos, rotinas e vivências quotidianas. Além de que, com grande frequência nesta etapa do seu ciclo de vida é imposta ao estudante a deslocação permanente da sua residência habitual o que o emancipa relativamente ao controlo mais próximo da sua família de origem, com a natural implicação na tomada de decisão e gestão das múltiplas dimensões inerentes ao seu quotidiano.

Se para muitos jovens sair de casa, começar a universidade ou um novo emprego, se pode traduzir como uma fase emocionante de crescimento, autonomia e sucessão de estádios evolutivos, para outros inversamente poderá ser vivenciada como foco de apreensão e stress mal geridos pelo indivíduo, apresentando uma variabilidade de atitudes e comportamentos que poderão fragilizar a vida, colocando-a em risco (Galvão et al., 2016; Gonçalves, 2012; Oliveira, Carlotto & Dias, 2014).

Além de que, a qualidade da adaptação e sucesso no Ensino Superior está relacionada com características prévias dos estudantes sendo que a literatura sugere diferenças de género, de tipos de estudos e de background familiar nos resultados dos estudantes (Casanova, Araújo & Almeida, 2020; Castro, 2021). A ocorrência e

intensidade de tais dificuldades dependem dos níveis de maturidade e dos recursos que os estudantes conseguem mobilizar para fazer face a tais exigências (Casanova, Araújo & Almeida, 2020).

Felizmente a nível global, e apesar de ainda existirem conotações deturpadas associadas à importância da valorização da saúde mental, há um crescente reconhecimento da importância de ajudar os jovens a trabalharem o aumento da sua resiliência mental, a fim de melhor lidarem com os desafios com que se deparam em fases mais inquietas nas suas dinâmicas de vida quotidiana. A literatura científica aponta múltiplos determinantes da saúde mental associados às múltiplas dimensões da pessoa: biológicas, psicológicas, socioeconómicas, ambientais e culturais.

Crescem as evidências de que promover e proteger a saúde mental do jovem traz benefícios não apenas diretamente à sua saúde, tanto a curto como a longo prazo, mas também à economia e à sociedade em que se inserem, pois jovens adultos mentalmente saudáveis serão capazes de produzir maiores e melhores contribuições à força de trabalho, família, comunidade e à sociedade como um todo (Abhainath & Kedare, 2016; Demers, 2013; Direção Geral da Saúde-DGS, 2019a; Serra, 2014)

A promoção da saúde mental, começa com o disseminar do conhecimento e compreensão dos sinais e sintomas que caracterizam a doença mental, além de que a sua deteção precoce também se evidencia como crucial para o sucesso de qualquer intervenção de tratamento (DGS, 2017).

Ao longo das últimas décadas, tem-se registado em Portugal e Espanha um acréscimo muito significativo de jovens a frequentar o Ensino Superior (Direção Geral do Ensino Superior- DGES, 2021; Ministerio de Universidades, 2021). Facto este que conduziu a uma maior atenção e deste modo, a um interesse progressivo no que concerne à educação em contexto de nível superior e à sua multidimensionalidade.

Ao nível do ensino superior a saúde mental dos universitários, deverá representar uma importante questão de saúde pública, constatado o impacto destas perturbações a nível pessoal, social e académico (Certo, 2016), no presente e no futuro.

Esta atenção direciona-se, por um lado, para um conjunto de preocupações relativas aos comportamentos e também ao desenvolvimento psicossocial do estudante

universitário e, por outro, para o contributo das instituições de ensino superior na promoção desse desenvolvimento que se pretende amplo e salutar.

A entrada no ensino superior também presenteia o jovem com uma conjuntura que lhe permite contacto ou proximidade com novas realidades e experiências culturais e sociais, suscetíveis de reconfigurar os seus círculos sociais, panoramas simbólicos de referência e hábitos quotidianos. Por sua vez, atualmente a entrada neste nível de estudo académico proporciona ao jovem estudante o desafio de lidar com um futuro de perspectivas cada vez mais incertas, num contexto global de crescente insegurança e polivalência nas suas transições para o mundo do trabalho e também para a idade adulta. Compreender os fatores subjacentes aos comportamentos e risco nos jovens universitários, torna-se fundamental, bem como analisar os diversos estudos realizados no âmbito da saúde mental que têm considerado os jovens como um grupo social prioritário de intervenção (UNAIDS, 2016).

A realização de investigação nesta área é fundamental para aumentar o conhecimento sobre a correlação com as diferentes variáveis envolvidas e consequentemente desenvolver intervenções efetivas, específicas e contínuas, integrando os diferentes determinantes da vida dos jovens e incidindo nos aspetos comportamentais decisivos para adoção de condutas saudáveis. Assim, considerando a relevância e pertinência do consumo de substâncias e da saúde mental na qualidade de vida individual e social, e especificamente, no contexto do desenvolvimento saudável dos jovens e uma vez que os estudos encontrados e disponíveis sobre a relação existente entre o consumo de substâncias, a saúde mental e os estilos de vida adotados pelos estudantes do ensino superior no contexto da cidade de Bragança se evidenciam ainda escassos este tipo de investigação revela-se uma mais valia, pelo que se considerou pertinente um novo olhar, um novo investigar nesta área.

Esta matéria, o seu enquadramento e consequências devem constituir uma preocupação para os profissionais de saúde e da educação constante, com o objetivo de reforçar o empowerment do jovem. Como enfermeira especialista em saúde comunitária e atuando em saúde pública, exercendo funções no âmbito da promoção e educação para a saúde em contexto escolar e comunitário esta temática é de extrema relevância para

fundamentar a prática baseada na evidência e poder planear e implementar um projeto de intervenção específico de promoção da qualidade de vida do jovem, em espevial em contexto universitário.

Estes factos constituíram, no nosso entender, sólidos argumentos para a realização de um estudo mais aprofundado sobre o jovem universitário, ambicionando-se um conhecimento mais específico dos seus padrões de conduta comportamental e respectiva correlação com as diferentes variáveis de índole mais relevante neste grupo comunitário.

A presente tese de doutoramento, inserida no programa de doutoramento em Investigación Aplicada a las Ciencias Sanitarias debruça-se sobre a questão de investigação: “Consumo de substâncias psicoativas nos jovens universitários... Qual a realidade?”. Para dar resposta à questão de investigação foram delineados os seguintes objetivos a alcançar nesta investigação: identificar o nível da saúde mental (depressão, ansiedade e stress) dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança; identificar os hábitos de consumo de substâncias psicoativas dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança. Considerando os objetivos delineados, desenvolveu-se uma investigação de caráter quantitativa, descritiva, correlacional e exploratória, num plano transversal (Fortin, 2009; Gelo et al., 2008; Moore, McCabe & Craig, 2009).

Face à dúvida encontrada, o presente trabalho sistematiza os principais resultados do estudo realizado e para além deste preâmbulo, a publicação está organizada e estruturada em duas grandes partes.

A primeira parte integra o estado da arte, o sustento teórico, com o respeitante enquadramento conceptual, onde são abordados conceitos, dados, evidências científicas e procedimentos fundamentais para a compreensão da temática e permitindo ainda estabelecer um paralelismo com os resultados obtidos na presente investigação. Esta primeira parte, encontra-se subdividida em quatro capítulos temáticos. O primeiro capítulo incide sobre o jovem adulto e as teorias afetas ao seu desenvolvimento, os contextos onde se insere, as suas vivências no âmbito da frequência do ensino superior e os fatores que influenciam a sua saúde. No capítulo seguinte foca-se a Saúde e a Doença

Mental e a sua interferência na qualidade de vida do jovem. O terceiro capítulo incide nas substâncias psicoativas, na sua problemática e contextualização a nível global. O último capítulo assenta na temática da Literacia em saúde e da sua influência e importância, como veículo fulcral de promoção da saúde na comunidade juvenil.

A segunda parte, faz uma abordagem ao enquadramento metodológico que orienta e suporta a investigação e à investigação empírica realizada. Esta, subdivide-se também em três capítulos. No primeiro capítulo dedicado à metodologia de investigação são referidos aspetos alusivos ao Tipo de estudo, Objetivos, Hipóteses e Variáveis em investigação. Aborda-se o instrumento de recolha de dados e os procedimentos estatísticos desenvolvidos. No segundo capítulo apresentam-se os resultados obtidos e faz-se a sua respetiva análise. No terceiro capítulo expõe-se a discussão dos resultados alcançados. Por último, esta publicação finaliza com um apontamento conclusivo onde se apresentam as conclusões mais proeminentes do estudo e são avançadas algumas considerações, recomendações e propostas de possíveis linhas de ação junto da população estudantil no ensino superior.

O outcome deste estudo pode constituir-se um instrumento concreto e acessível às equipas de saúde de âmbito comunitário e familiar, aos estabelecimentos de ensino superior e à sua gestão, aos jovens e famílias e ao próprio sistema político, como forma de potenciar intervenções concertadas no âmbito da promoção da qualidade de vida do jovem no ensino superior, estimulando-se a criação de projetos efetivos nesta área, que contribuam para o bem-estar e desenvolvimento dos jovens.

(E também em alguns dos segmentos sociais mais vulneráveis da comunidade, tendo em conta, a proximidade vivenciada pela investigadora aquando de inúmeras atividades desenvolvidas com entidades/instituições em projetos dirigidos a este tipo de problemática, considerando os resultados a que o estudo “Consumo de substâncias psicoativas nos jovens universitários do Instituto Politécnico de Bragança” chegou em cada uma das dimensões de análise das vivências dos inquiridos abrangidos no estudo.)



## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---



## 1| O JOVEM ADULTO/ ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR

---

A juventude é um período desenvolvimental de profunda complexidade e de trabalhosa definição, pois não há limites claros e precisos que coloquem o jovem numa fase nitidamente distinta na adolescência ou na fase adulta.

São várias as perspetivas a partir das quais se pode iniciar a jornada da demarcação cronológica da idade de um jovem adulto. É chegar ao significado deste conceito, não se traduz uma tarefa acessível, pelo contrário. No entanto, atribuem-se em Portugal as designações de *adolescentes* e *jovens*, aos indivíduos entre os 10 e os 19 anos de idade, e entre os 19 e os 24 anos, respetivamente (DGS, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) observa a designação de população juvenil especificando o conceito de "juventude" ao período cronológico, implícito e compreendido entre os 15 e os 29 anos (World Health Organization - WHO, 2018).

No contexto contemporâneo, uma panóplia de agregação de inúmeros fatores de índole social, política e económica têm contribuído para a ocorrência de profundas modificações no processo de evolução do indivíduo para a idade adulta.

O processo de desenvolvimento é fruto de toda uma vida. Nenhum ser humano pode se desenvolver totalmente na infância. É preciso passar por outras etapas da vida para que tenha um desenvolvimento pleno (Bissoli, 2014).

A juventude como construção social comunga com uma série de modelos, que sozinhos não a definem, mas que são partes de sua configuração. Pode ser vista como uma questão social que demanda resoluções, como um período no qual as experimentações, ensaios e erros são permitidos ou como uma fase transitória na direção da vida adulta (Carneiro & Sampaio, 2015).

### 1.1. As perspetivas das teorias de desenvolvimento

Para Silva (2003), as teorias do desenvolvimento e integração do jovem estudante, demonstram-se como ferramentas vantajosas no entendimento dos seus

padrões de desenvolvimento, das suas preocupações e expectativas, no esclarecimento de como os indivíduos experienciam o sistema de ensino e de como os fatores institucionais formais e informais interagem com a sua satisfação, motivação, rendimento e permanência.

Mota afirma no seu artigo “Psicologia do Desenvolvimento: uma perspectiva histórica”, publicado em 2005, que nos tempos atuais, o desenvolvimento humano envolve: [...] o estudo de variáveis afetivas, cognitivas, sociais e biológicas em todo ciclo da vida. Desta forma para se definir o desenvolvimento humano faz-se necessário interfaces com diversas áreas do conhecimento como, por exemplo, a Biologia, Antropologia, Sociologia, Educação, Medicina, Psicologia entre outras (Mota, 2005, p. 106). Além de que também não podemos ignorar o contributo crucial de algumas teorias para a construção das presentes representações sobre quem é o jovem adulto e o que o conceptualiza, porque são as teorias do desenvolvimento que apresentam a importância do sujeito resolver e ultrapassar com sucesso, em cada estágio ou fase, certas tarefas de desenvolvimento, essenciais não só para o desenvolvimento de tarefas posteriores, como também para o completo desenvolvimento psicossocial.

Na construção das atuais réditas sobre o jovem adulto é pertinente fazer abordagem a uma primeira geração de modelos e teorias do desenvolvimento onde se procurou identificar as dimensões e estruturas do crescimento e desenvolvimento em estudantes universitários e explicar as suas dinâmicas a partir das quais tal crescimento se fortalece.

A grande parte destas teorias, ditas teorias psicossociais, e que aqui se destacam, defende o desenvolvimento por estágios, requerendo uma diferenciação, integração e complexidade progressivas no modo como os indivíduos pensam, valorizam e se comportam (Chickering & Reisser, 1993; Erikson, 1982; Marcia, 1990).

Os investigadores da índole psicossocial, de um modo geral, apoiam-se no modelo de Erik Erikson. A literatura fundamentada neste modelo, aponta para quatro ideias fundamentais nas repercussões das teorias do desenvolvimento psicossocial do estudante do ensino superior: o princípio epigenético (o desenvolvimento acontece no sentido de uma progressiva diferenciação e integração das partes, seguindo uma sequência), o conceito de crise normativa (momento em que o indivíduo tem que

escolher entre as alternativas a seguir), o conceito de estágio (intervalo de tempo durante o qual o indivíduo resolve as crises e as tarefas de desenvolvimento adequada ou inadequadamente) e o conceito de identidade (Costa, 1991; Ferreira & Hood, 1990; Pinheiro, 1994).

Chickering também desenvolveu uma teoria do desenvolvimento do estudante universitário, tendo como base os modelos de Erikson, que é patenteada como uma referência capital nas teorias do desenvolvimento psicossocial. O modelo dos vetores de desenvolvimento é de reconhecimento muito relevante, devido à sua aplicação prática e realista às circunstâncias universitárias. Constatando ausência de um quadro metódico para integrar ou sintetizar a abundância de evidência empírica sobre o estudante universitário, (Chickering, 1969) identificou sete vetores que se desenvolvem simultaneamente. Nas palavras de (Chickering & Reisser, 1993) os vetores são *“itinerários principais da viagem para a individuação”*.

Os vetores ao longo dos quais se processa o desenvolvimento do jovem adulto são o tornar-se competente; o gerir as emoções; o desenvolver a autonomia em direção à interdependência; o desenvolver do estabelecimento de relações interpessoais; o desenvolver a identidade; o desenvolver um sentido de vida; e o desenvolver a integridade (Chickering & Reisser, 1993).

Já as teorias de Astin (1997), Pascarella & Terenzini (1991) e Pascarella, & Chapman (1983) estão enquadradas nos modelos de impacto. Estas procuram explicar o efeito ou impacto da universidade sobre o desempenho académico dos estudantes ao nível da aprendizagem, do desenvolvimento cognitivo e integração, e colmatando a lacuna apontada aos estudos desenvolvimentistas.

Pascarella & Terenzini (1991), desenvolveram também uma teoria que procurou a explicação dos problemas que o estudante poderá experienciar, aquando da sua entrada para o ensino superior. Segundo este autor, quando o estudante chega à universidade, leva consigo uma bagagem de competências e padrões pessoais (género, orientações psicológicas, expectativas e objetivos pessoais), familiares e académicos (performance académica) que determinam o que espera realizar no e com o ensino superior.

Astin (1997) foi pioneiro a analisar o impacto das variáveis de contexto no desenvolvimento e na adaptação do estudante, perspetivando o seu desenvolvimento em função das suas interações com os ambientes das instituições. Para este autor, o envolvimento do estudante refere-se à quantidade de energia física e psicológica que o estudante consagra às experiências da sua vida académica. Portanto, os estudantes adaptam-se ao contexto do ensino superior, envolvendo-se nele. Deste modo, o estudante desempenha um papel ativo e determinante neste processo, na medida em que o seu maior ou menor envolvimento nas vivências académicas condiciona o seu desenvolvimento.

Pascarella & Terenzini (1991), fruto dos seus estudos e também do trabalho de outros investigadores, propõem um modelo que procurou demarcar os efeitos dos diferentes ambientes académicos na aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes. Segundo estes autores, o crescimento decorre da influência direta ou indireta de cinco conjuntos de variáveis, sendo estas: as características pessoais inerentes ao estudante, as características organizacionais e as estruturais das instituições, o ambiente da universidade, a interação dos estudantes com os agentes socializadores e a qualidade do esforço desenvolvido pelo próprio estudante, este sendo determinado pelas características intrínsecas e pelo seu percurso académico.

Presentemente, a emergência de um novo quadro de referências e valores na sociedade, concebe também, contextos para o aparecimento de empreendimentos e estilos de vida alternativos que por vezes contornam a sequência tida previamente como normativa de passagem para a vida adulta.

Deste modo, as típicas ocorrências sociais que, outrora, serviam de demarcação à entrada na idade adulta como a conclusão do percurso académico, o estabelecer-se no mundo laboral, a saída da casa dos pais, o casamento e o surgimento da parentalidade adquirem hoje marcos menos lineares, ou seja, menos definidos, dissipando o seu potencial legitimador do estatuto de adulto.

Evidência de destaque assume esta tendência especialmente em jovens com formação académica superior e de origem citadina. Assim, diferentes autores destacam que as condições para se “ser adulto” aparentam ter-se modificado, na medida em que

as tarefas desenvolvimentais associadas a esta etapa de vida se tornaram mais exigentes do ponto de vista psicológico e social (Arnett, 2004; Carneiro & Sampaio, 2015).

Já Levinson (1978), assinalou a faixa etária compreendida entre os 17 e os 33 anos de estágio principiante de desenvolvimento, enfatizando a importância do processo de individuação e separação da família de origem e a autonomia e a responsabilidade que devem ser desenvolvidas nesta fase (Arnett, Ramos & Jensen, 2001; Brandão, Saraiva & Matos, 2012).

Modificações e alterações nos modelos sociais e culturais de países tidos como industrializados e mais desenvolvidos, onde também se inserem Portugal e Espanha, levam a que as tarefas que, tradicionalmente, marcavam o início da idade adulta, de onde se destaca o casamento e a parentalidade, sejam proteladas.

Perante estas mutações sociológicas, o norte americano Jeffrey Arnett (1998, 2000, 2001, 2004), um dos autores que mais se tem destacado nesta temática sugeriu a delimitação de uma nova fase no ciclo de vida dos indivíduos, a qual designou por *adultez emergente (Emerging Adulthood)*. Este autor clarifica esta fase de desenvolvimento como um intervalo de tempo, mais ou menos extenso, entre o fim da adolescência e o início da idade adulta, situando-se, preferencialmente, entre os 18 e 29 anos, período durante o qual os indivíduos já não são adolescentes, mas, ainda, não possuem as características normativas da idade adulta.

Assim, o seu modelo de análise, desta etapa de desenvolvimento, é apresentado desde logo não como uma etapa universal mas como existente unicamente em culturas em que a entrada nos papéis e responsabilidades de adulto são adiadas para além dos anos afetos à adolescência, e, conseqüentemente, é principalmente encontrada em países industrializados que requeiram um mais alto nível educacional (Arnett, 2000), além de que utiliza como recurso três argumentos específicos sendo eles de natureza demográfica, identitária e subjetiva (Arnett, 2001, 2004, 2006).

De acordo com este autor, é claramente identificável, caracterizável e diferenciável o período de adolescência e de fase adulta, por exemplo, a partir de características demográficas. Visto que, os adolescentes até aos 18 anos estão primordialmente em casa dos pais ou família de origem, estão matriculados no ensino,

não estão casados nem têm filhos; enquanto a esmagadora maioria dos indivíduos na faixa dos 30 anos, estão casados, tornaram-se pais e não estão matriculados em escolas. Existem duas normas demográficas bem estabelecidas na adolescência e no início da fase adulta, sendo que na fase de idade adulta emergente existe sim diversidade demográfica e heterogeneidade.

Arnett (2001), a nível identitário, investigou o modo como os jovens se definiam neste período, se como adultos, não adultos, ou “sim para uns aspetos e não para outros”, e 50% dos respondentes identificou-se com esta última categoria. Sendo assim, Arnett (1998, 2000) defende que a fase idade adulta emergente não é adolescência nem idade adulta jovem, sendo teórica e empiricamente distinta de ambas. Nesta fase existe uma relativa independência de papéis sociais e expectativas normativas, sendo definida pelo seu carácter mutável, dinâmico e fluído. Constitui-se como um período de focalização intensiva na preparação para a fase adulta, em que esta está iminente e em que a pessoa está claramente em transição. O que se torna normativo nesta fase é, sim, a exploração de papéis, mas dum modo diferente da que ocorre na adolescência.

Segundo Arnett (2000) existe um foco na questão da identidade na idade adulta emergente, nas suas áreas de exploração fundamentais, o amor, trabalho e visão do mundo; e é nesta fase que o jovem experimenta várias formas de estar na vida e gradualmente se aproxima de decisões que perduram. O investigador não nega que seja na adolescência que estas questões se começam a colocar, mas defende que o desenrolar do processo toma lugar sobretudo na idade adulta emergente. Realça, igualmente, o carácter exploratório desta fase, argumentando que o objetivo exploração não é apenas a preparação para papéis adultos, mas parte de obter uma amplitude de experiências de vida antes de tomar responsabilidades duradouras e limitadoras de adulto.

Arnett (2000) aponta como importantes contribuições teóricas para a sua conceptualização o trabalho de Erikson e de Levinson, distanciando-se, porém, do conceito de idade adulta jovem. Por um lado, argumenta que usar esta denominação implica assumir que os jovens já atingiram a idade adulta, enquanto o sentimento base é o de estar a caminhar nesse sentido. Adicionalmente, aponta a inconsistência de se aglutinar na idade adulta jovem os indivíduos desde os 18 aos trintas, sendo que na prática são períodos muito distintos. Assim, acredita fazer sentido aplicar-se o termo de jovem adulto aos indivíduos pelos seus trinta anos, argumentando que para a maioria

das pessoas a transição da idade adulta emergente para a idade adulta jovem se intensifica no fim dos vinte e é atingida pelos 30 anos.

Num estudo orientado por Arnett (2000), 60% dos participantes, tidos como adultos emergentes, mencionaram que se sentiam um pouco adolescentes e um pouco adultos ao mesmo tempo e que, tomar decisões de forma autónoma, ser responsável pelas mesmas e ser independente financeiramente, foram os principais critérios apontados pelos indivíduos para estes se considerarem adultos.

Finalmente, Arnett (2000) aponta o carácter heterogéneo da idade adulta emergente, defendendo que pouco há de normativo nesta fase, assumindo-a como um período transicional, ao contrário da adolescência e a Idade Adulta Jovem.

Parece, assim, que quer Levinson (1978) como Arnett (2000) defendem a existência de um período em que os jovens se encontram em transição para a adultícia, propondo os seus conceitos de adulto novato ou de adulto emergente, parecendo ambos autores reconhecer a necessidade de se investigarem as qualidades mutáveis, de transição e redefinição da vida, especialmente nos jovens a experienciarem a terceira década das suas vidas.

Em resumo, os Modelos Cognitivos e Psicossociais aqui brevemente expostos, têm em muito colaborado para a compreensão do desenvolvimento do estudante universitário.

Neste sentido, têm sido inúmeros e diversos os modelos que se propõem explicar a evolução desenvolvimental do estudante do ensino superior aos níveis cognitivo e psicossocial. É evidente em todos, a presença de uma sequência progressiva de etapas/estádios que se iniciam em abordagens mais simples do conhecimento para outras mais complexas e elaboradas.

Ao longo das últimas décadas, temos assistido a uma separação entre as dimensões afetiva/motivacional e cognitiva do desenvolvimento e ao aparecimento de inúmeras investigações sobre a forma como o estudante se modifica e desenvolve ao longo da frequência de uma instituição de ensino superior, bem como sobre as experiências curriculares que parecem estar na base dessas mudanças (Pascarella & Terenzini, 1991).

Uma parte significativa da literatura tem enfatizado o desenvolvimento psicossocial e cognitivo do estudante, salientando não só que este se desenvolve de uma forma holística (em que a mudança numa dimensão do crescimento é sempre acompanhada de mudanças noutros domínios), mas também que existem fontes de influência do desenvolvimento que são, também elas, holísticas (Astin, 1997; Pascarella & Terenzini, 1991).

Autores como Pascarella & Terenzini (1991) defendiam que a frequência do ensino superior contribui de uma forma significativa para a aprendizagem e para o desenvolvimento cognitivo, por um lado, e para a maturidade e o desenvolvimento da identidade, por outro. Também Flowers et al., (2001) constataram que os estudantes do ensino superior adquirem aprendizagens significativas, em especial nos últimos anos de frequência universitária.

À medida que o estudante vai prosseguindo nos estudos, é expectável uma crescente consciencialização da multiplicidade e relatividade do conhecimento bem como a capacidade de integração de diferentes perspetivas, que lhe permitem a construção de um pensamento autónomo convenientemente fundamentado e, conseqüentemente tomar decisões de acordo com este pensamento (Medeiros, 2005).

A transição do estudante para o ensino superior abarca uma sequência de tarefas desenvolvimentais inerentes. De acordo com Meleis, a teoria das Transições de Meleis, também se apresenta como um modelo explicativo e integrativo do tema em questão. Pois, para o autor, a transição consiste em progredir de um estado (lugar ou condição) estável para um outro estado também estável e requer, por parte do indivíduo, a assimilação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e alteração no seu self (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Existe consenso generalizado quanto à ideia de que a transição para o ensino superior e respetiva adaptação, requer, frequentemente, alterações nos padrões de resposta comportamental, cognitiva e afetiva dos estudantes (Galvão et al., 2017).

Na literatura é inúmera a diversidade de perspetivas existentes com que nos deparamos e que é importante valorizar no que concerne ao desenvolvimento do jovem. De modo geral, o estudante universitário em termos de desenvolvimento agrega assim, o evoluir de inúmeras dimensões que se repercutem no seu ser e estar, nas suas



vivências e no seu desempenho quotidiano. Pelo que, face à problemática em estudo, também se traduz como pertinente percecionar o contexto em que este se insere.

## **1.2. O jovem no contexto espanhol e português**

O jovem adulto insere-se na faixa etária que corresponde ao período de acesso e frequência do Ensino Superior.

Se perspetivarmos os dados oficiais temos que segundo o PORDATA (Base de dados de Portugal contemporâneo) em 1 de janeiro de 2019, havia 2 224 683 pessoas em Portugal entre os 15 e 35 anos o que da população total do país (10 283 822) representa cerca de 21.6% (PORDATA a), 2019).

Segundo o Instituto Nacional de Estadística (INE), em Espanha, a 1 de janeiro de 2021, havia 8 439 891 indivíduos na Espanha entre 16 e 35 anos, deste modo os jovens entre 16 e 35 anos representam 20.0% da população total deste país (INE, 2021).

Este é um valor percentual muito similar nos dois países e que, face à natureza da investigação, nos remete a considerações importantes sobre o que concerne, ao impacto das suas vivências e circunstâncias quotidianas como jovens cidadãos inseridos nos seus respetivos contextos.

### **1.2.1. O contexto espanhol**

Em Espanha, o Instituto da Juventude (INJUVE) é um órgão público, vinculado ao Ministério da Saúde, Consumo e Previdência Social, cuja principal atividade é a promoção de ações em benefício dos jovens. (São objetivos do INJUVE promover a igualdade de oportunidades entre os jovens, promover a participação livre e efetiva dos jovens no desenvolvimento político, social, económico e cultural da Espanha e promover a colaboração com os demais departamentos ministeriais e outras administrações públicas, cujas atividades afetam esta faixa da população (Instituto de la Juventud de España- INJUVE, 2019)).

No desenvolvimento desses objetivos, o INJUVE, promove e concebe uma relevância especial à colaboração dos diferentes Ministérios com as organizações juvenis das comunidades autónomas e com os municípios. No mesmo nível de importância está a colaboração com o movimento associativo juvenil, neste caso, através do Conselho da Juventude da Espanha, garantindo assim a participação de associações de jovens nas políticas do governo relacionadas à juventude. (Instituto de la Juventud de España- INJUVE, 2019).

Como observatório da juventude em Espanha, pretende ser um órgão técnico para analisar e diagnosticar a situação dos jovens neste país e apoiar a formulação de iniciativas, programas e políticas para a juventude, além de servir de via para a participação dos jovens que vivem na Espanha, na expressão das suas opiniões sobre os aspetos que os afetam; estudar a realidade da juventude e as transformações que estão a registar-se na população jovem; contribuir para a orientação e atualização de políticas e ações para a juventude realizadas pelas administrações públicas e pela sociedade voltada para a juventude e analisar a imagem dos jovens na comunicação social propondo medidas para melhorá-la. O INJUVE prepara e divulga regularmente dados estatísticos, pesquisas de opinião, estudos e pesquisas sobre jovens e mantém uma coleção de documentos especializados que podem ser consultados através do site ou na sua biblioteca (INJUVE, 2019).

Este instituto tem também emitido o “Relatório Juventude em Espanha”, e trinta anos após a sua primeira publicação, este tornou-se uma das linhas de estudo atuais mais consistentes sobre a situação da juventude espanhola e assim também, de índole crucial para a presente investigação.

Juventude e desenvolvimento são um binómio essencial se queremos tornar mais enérgico e aprimorado o avanço das comunidades. Portanto, é muito comum que os programas e projetos de desenvolvimento sejam baseados nas necessidades dos grupos populacionais mais vulneráveis (e a juventude é um deles). No entanto, a necessidade de incluir os jovens nos planos de desenvolvimento por vezes ainda se materializa de modo escasso em projetos concretos, e isso acontece em parte, porque as estratégias proposta falha no capturar da atenção dos jovens (*Ayuda En Acción*, 2019).

A “Comunidade Global Shapers” é uma rede mundial de jovens concebida pelo Fórum Económico Mundial, trata-se de uma organização não governamental (ONG)

que engloba 171 países. Promove o diálogo, a ação e a mudança, através de diversas equipes de jovens unidas por valores comuns tais como a inclusão, a colaboração, a partilha de experiências e tomada de decisão compartilhada contribuindo a melhoria do estado do mundo. Juntos, criam projetos de mudança de acordo com as necessidades das sociedades em que estão inseridos e têm como objetivos estratégicos a auto-organização para impacto, sugerindo soluções inovadoras para desafios locais, além de participar das discussões globais com os demais stakeholders do Fórum Económico Mundial (Nossa Causa, 2018).

De acordo com uma pesquisa realizada pela Global Shapers abrangendo indivíduos com menos de 30 anos, mais de 50% da população mundial tem menos de 30 anos e, no entanto, nem sempre as suas opiniões são tidas em consideração quando decisões importantes são tomadas. Na pesquisa mencionada, os jovens foram questionados sobre suas preocupações e suas prioridades foram as seguintes: a prioridade número um é ter melhores oportunidades de emprego com 35% dos participantes; ter uma educação melhor era a prioridade número dois para 26% dos entrevistados e proteger o planeta e os recursos naturais, está em terceiro lugar com 16% (Educo, 2019).

De realçar que esta preocupação dos jovens de hoje na educação, está em consonância com o objetivo número 4, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 das Nações Unidas, que é: educação de qualidade (Nações Unidas, 2016).

A educação é a base para melhorar as condições de vida visando o desenvolvimento sustentável. Além de melhorar a qualidade de vida das pessoas, o acesso à educação inclusiva e equitativa pode ajudar a fornecer à população as ferramentas necessárias para desenvolver soluções inovadoras para os maiores problemas do mundo (Nações Unidas, 2016).

A educação funciona como chave de mudança. A educação é o motor da transformação da sociedade em todos os sentidos. Quando as crianças e jovens recebem uma educação equitativa e de qualidade, trabalham para um mundo mais justo e lutam por uma melhor qualidade de vida no futuro (Educo, 2019).

Recentemente, o Conselho da Juventude da Espanha publicou o Observatório da Emancipação para o segundo semestre de 2018, o que deixa dados preocupantes sobre a emancipação da juventude, como o mínimo histórico para a Espanha, além de referir que comunidades autónomas espanholas estão abaixo dos 17 % de emancipação juvenil (Juventud Uso, 2020).

De acordo com o Relatório da Juventude em Espanha (IJE), que é como já referido anteriormente, um estudo sociológico dirigido pelo INJUVE e que analisa a cada quatro anos os aspetos fundamentais que caracterizam a juventude no país, onde os resultados se baseiam numa pesquisa dirigida a uma amostra representativa de 5.000 jovens residentes na Espanha de ambos os sexos, com idades entre 15 e 29 anos, sendo este de âmbito nacional e com resultados igualmente representativos para cada uma das 17 Comunidades Autónomas, há aspetos de índole social nacional da juventude espanhola a ter em consideração face ao contexto pós crise com que a união europeia se depara (INJUVE, 2017)

Segundo o Relatório da Juventude em Espanha de 2016 (INJUVE, 2017):

- Os anos de recessão económica que a Espanha viveu deixam uma estrutura educacional muito polarizada com visíveis desigualdades. Os jovens adultos espanhóis (de 25 a 34 anos) dividem-se entre duas realidades distintas: 34 % não possuem a educação secundária pós-obrigatória (na Espanha, a educação secundária, cursada dos 12 aos 16 anos, é obrigatória; a educação posterior nominada “bachillerato”, de dois anos de duração, é optativa) e 42 % possuem ensino superior; apenas 24 % possuem o diploma do ensino secundário, mais além do obrigatório. O resultado é um alto número de jovens pouco preparados para as exigências da sociedade atual e um número excessivo de jovens com estudos superiores. A formação académica influencia de forma evidente e quase linearmente a probabilidade de ter emprego durante a etapa juvenil. No entanto, a sobre qualificação dos jovens espanhóis em relação aos empregos que desempenham é um dado objetivo.

- Menos independência económica e mais ajuda dos pais. Somente um de cada cinco jovens está em situação de independência económica completa e apenas 16 % se encontra em situação de independência semi completa. A média dos rendimentos pessoais situa-se em 774 euros mensais, o que pressupõe uma queda de 16 % nos rendimentos auferidos nos momentos anteriores à crise económica.

- Apesar das dificuldades, três de cada quatro jovens afirmam estar muito satisfeitos com a vida (77 % entre os de 18 a 24 anos, 76.9 % entre os de 25 a 34 anos). Os amigos, a saúde e a família são as dimensões que mais trazem satisfação para as suas vidas (mais de 80 % mostra alta satisfação). Por outro lado, os aspetos que geram maior insatisfação, são o trabalho e a situação económica.

O referido relatório de 2016, revela que o lazer juvenil tende a ser um lazer compartilhado com outros e está bastante condicionado pela capacidade económica. Os gostos e preferências de lazer dos jovens baseiam-se, sobretudo, em sair com amigos, escutar música, viajar e usar o computador.

No entanto, a Espanha como país detém níveis de supremacia dignos de referência em diversas áreas da sociedade tais como a democracia, a ciência, a tecnologia, a saúde, a solidariedade entre outras, o que proporciona ao jovem inúmeras possibilidades de sucesso no processo de desenvolvimento do seu potencial global.

A Espanha é, por mérito da sua cidadania e das suas instituições, uma democracia plena e consolidada, homologada aos países mais avançados e desenvolvidos, um Estado de Direito dos mais proeminentes do mundo e um dos países com maior exercício da plena liberdade. Corroborando e justificando esta afirmação encontram-se índices internacionais de grande prestígio. Por exemplo, a edição de 2019 do Índice Anual de Democracia do Instituto Variedades da Democracia (também conhecido como Instituto V-Dem), da Universidade de Gotemburgo (Suécia), coloca a Espanha no 26º lugar em seu ranking, que analisa a situação de 179 países. (Isso significa uma melhoria de nove posições em relação à análise publicada no ano passado. No momento, ultrapassa países como Estados Unidos, Japão ou Áustria e está acima da média da União Europeia, com uma pontuação de 7.42 em 10 (Lührmann et al., 2019)).

A Espanha é hoje reconhecida mundialmente como um dos países mais livres o que se confirma ano após ano através do Relatório “Freedom in the World 2019”, preparado pela Freedom House (Brandt et al., 2019). O que está refletido no índice desta organização não governamental, é que a Espanha está classificada como número 20 em 195 países e obtém uma pontuação de 94 em 100 no que concerne ao respeito pelas liberdades fundamentais. Na lista ordenada de todos os países com maiores liberdades, a Espanha está à frente dos vizinhos europeus, como a França, a Itália e o

Reino Unido. (O índice da Freedom House é baseado num questionário feito aos cidadãos de cada um dos países e territórios analisados, que avalia o status das suas liberdades fundamentais; especialmente aqueles relacionados à liberdade de voto, assembleia, associação, movimento e expressão através da comunicação social. A Espanha obtém a pontuação mais alta (1 em 7, sendo 1 no máximo e 7 no mínimo) nos três indicadores: liberdade, direitos políticos e liberdades civis) (Brandt et al., 2019).

Através do estudo anual do Projeto Justiça Mundial, avalia-se o grau de liberdade dos cidadãos de um país, pelo Índice do Estado de Direito (Com base em dados primários, o Índice do Estado de Direito mede o desempenho dos países utilizando oito fatores: Limites ao Poder Governamental, Ausência de Corrupção, Governo Aberto, Direitos Fundamentais, Ordem e Segurança, Cumprimento Efetivo de Regulamentos, Justiça Civil, e Justiça Penal.) De acordo com o Índice do estado de direito, na sua edição de 2019, a posição da Espanha é especialmente notável no que concerne aos direitos fundamentais dos cidadãos, ocupando a 16ª posição entre os 126 países analisados (Al-Misnad et al., 2019).

Numa realidade contemporânea em que a Internet se tornou o epicentro, não apenas dos negócios globais, mas da própria vida humana e em especial da dos nossos jovens (através de redes sociais, compra e venda de bens e serviços, estudo, trabalho, etc.) a segurança cibernética é cada vez mais importante, em especial, face aos mais desastrosos. Há uma necessidade premente de consciencialização sobre a sua utilização e, portanto, é crucial o interesse pela segurança da Internet. A Espanha de acordo com o mais recente Índice Global de Cibersegurança da União Internacional de Telecomunicações, país está classificada em 4º no mundo (de um total de 193 Estados Membros, mais a Palestina) em termos de compromisso com a segurança. Verificando-se uma melhoria evolutiva de posições em relação a anos anteriores (União Internacional de Comunicações - UIT, 2022).

Organizações internacionais como Pew Research e You Gov estimam que mais de 80% da população espanhola está sensibilizada para o problema das mudanças climáticas. Assim, a Espanha é um dos países mais consciencializados face à problemática das alterações climáticas e de acordo com o mais recente Índice Global de Risco Climático elaborado pela ONG Germanwatch e apresentado em Madrid no âmbito da COP25 (Conferência das Nações Unidas sobre as Mudanças Climáticas de

2019), a Espanha está entre o grupo dos 30 países mais vulneráveis a esse fenómeno (Eckstein, Künzel & Schäfer, 2021).

Que a Espanha é um país de gente solidária, é um fato sem margem para dúvida. É muito significativo o número de espanhóis que colabora com alguma Organização Não Governamental e, entre outros aspetos, a sua sociedade é das mais propícias e recetivas no que se refere ao acolhimento de refugiados. Mas se há um fato que reflete o carácter responsável dos espanhóis numa questão vital, é a doação de órgãos e transplantes. A Espanha é o líder mundial indiscutível, apoiada por um dos sistemas de saúde mais eficientes do mundo. A Espanha bateu em 2018 o recorde histórico de doações e transplantes, em 27 anos consecutivos de liderança. Confirmação obtida pela Organização Nacional de Transplantes (ONT) (Organização Nacional de Transplantes - ONT, 2018) no seu balanço de atividades de 2018, que destaca que, mesmo com base na excelência, a liderança espanhola nessa área continua a crescer. Nos últimos 5 anos, o ONT aumentou a taxa de doação em 37%, o maior aumento em sua história que levou a 6 novos doadores e 14.6 transplantes todos os dias. Graças a essa cultura de solidariedade, em 2018 as listas de espera para transplante foram reduzidas para todos os órgãos, exceto para o coração e o intestino, de acordo com dados do Ministério da Saúde, Consumo e Previdência Social.

Esses dados não seriam possíveis sem um sistema de saúde sólido e com excelentes profissionais de saúde. Além de que, por ser o país que tem a melhor formação de médicos no mundo, os espanhóis têm um conjunto de serviços que garantem diversas atividades preventivas, diagnósticas, terapêuticas, reabilitadoras e de manutenção da saúde. De acordo com o relatório do Índice de Eficiência em Saúde da Bloomberg 2018, a Espanha possui os cuidados de saúde mais eficientes na Europa e ocupando o terceiro lugar no resto do mundo, logo atrás de Hong Kong e Singapura (Miller & Wei, 2018).

De acordo com a investigação Acesso à Saúde e Índice de Qualidade, com base na mortalidade de causas suscetíveis à assistência médica individual em 195 países no período de 1990–2015, uma nova análise do “Estudo Global sobre a carga da doença 2015” publicada pela revista “The Lancet” em 2017, a Espanha está no oitavo lugar no ranking que qualifica os sistemas de saúde de 195 países. Além de exportar tecnologias da saúde para o mundo inteiro e de oferecer diversos programas de tratamentos ou

cuidados de modo gratuito. Detém ainda uma rede de hospitais, centros de especialidades médicas e de regime ambulatorio diferenciados, com tecnologia de qualidade para um atendimento de excelência ao indivíduo.

Sendo a saúde apreciada como um dos indicadores de maior relevância para avaliar a qualidade de vida de um país, foram analisados dados da pesquisa realizada pela Eurostat, agência de estatísticas da União Europeia, que reúne dados dos Institutos Nacionais de Estatística dos diversos países inseridos, para comparar a qualidade de vida em Espanha e Portugal (Eurostat, 2019). (Quando a esperança de vida de um país é tida como alta, significa que condições como o clima, alimentação, a qualidade do sistema sanitário e outros inúmeros fatores da vivência quotidiana dos seus cidadãos se encontram conjugados favoravelmente e que contribuíram para este facto, revelando condições de progresso e bem-estar para a sua população.)

Mais uma boa notícia para Espanha que de entre os demais países da União Europeia, detém a esperança de vida mais elevada, 83.4 anos, enquanto em Portugal esse valor, apesar de em evolução muito favorável ao longo das últimas décadas, assenta em 81.6 anos (Eurostat, 2019). A resiliência do sistema de saúde, aliada à boa qualidade de vida, explica que a Espanha tenha um dos mais elevados índices de “esperança de vida” do mundo. Especificamente, o mais alto da União Europeia e o terceiro maior do mundo, atrás apenas do Japão e da Suíça, com uma média de 83.1 anos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde.

Durante séculos, a Espanha projetou para o mundo um valor humanístico e cultural incalculável. Não sendo somente um foco de cultura, consolidou também uma posição relevante no campo da ciência e da inovação. Quebrando os exemplos do país do sol e da praia, a Espanha é a décima segunda potência mundial na produção de documentos científicos, de acordo com o SCImago Journal & Country Rank, cujo ranking tem como líder os Estados Unidos (Scimago Journal, 2020).

### **1.2.2. O contexto português**

Em Portugal, o Instituto Português do Desporto e da Juventude (IPDJ) tem por missão, em estreita colaboração com entes públicos e privados, designadamente com



organismos desportivos, associações juvenis, estudantis e autarquias locais, a execução de uma política integrada e descentralizada para as áreas do desporto e da juventude.

O Instituto Português do Desporto e da Juventude (2020), intervém na definição, execução e avaliação da política pública do desporto, promovendo a generalização do desporto, bem como o apoio à prática desportiva regular e de alto rendimento, através da disponibilização de meios técnicos, humanos e financeiros. A preservação da ética no desporto é ainda um dos desígnios essenciais deste instituto centrado na juventude.

De igual modo, esta instituição, propõe-se a dinamizar o apoio ao associativismo, ao voluntariado e promoção da cidadania, à ocupação de tempos livres, à educação não formal, à informação e à mobilidade geográfica dos jovens em Portugal e no estrangeiro. Propõe-se, ainda, revitalizar o turismo jovem, em particular no que respeita à rede de pousadas da juventude e ao Cartão Jovem, de modo a incrementar a mobilidade, com ganhos de eficiência e economia (IPDJ, 2020).

Uma saúde eficiente, educação de qualidade, segurança, habitação e lazer são elementos que orientam a uma melhor qualidade de vida da população e por inferência dos seus jovens. Nas últimas décadas Portugal tem beneficiado do impacto de políticas mais atentas a áreas específicas que afetam a saúde do jovem nas quais se assinalavam anteriormente lacunas (SNS, 2018). A saúde pública em Portugal reflete qualidade e apresenta respostas à totalidade da população do país. Os hospitais públicos são referência no país e de acordo com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), 93% dos portugueses tinham médico de família em 2017, resultado do reforço e expansão da rede de Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2018).

A saúde não está simplesmente relacionada em exclusivo com doença, mas também e um modo fulcral, com a prevenção e a sua promoção. Em Portugal, visando combater fatores de riscos responsáveis por uma considerável percentagem de doenças crónicas, com enorme impacto económico no país, e dando especial enfoque à população jovem foram elaborados programas específicos em áreas cruciais (SNS, 2018). Nomeadamente, contra o tabagismo, a favor de uma alimentação saudável, no âmbito da atividade física, controle da diabetes e doenças cérebro-cardiovasculares, doenças oncológicas e doenças respiratórias, além da saúde mental. Em relação às doenças transmissíveis, foram esboçados planos de atuação para as hepatites virais,

VIH/SIDA e tuberculose, assim como para as infeções ligadas aos cuidados de saúde e às resistências aos antimicrobianos. Também foram criados programas de saúde para realçar a importância da saúde, infantil, juvenil e reprodutiva que se tornaram prioritários para responder a necessidades de saúde desta faixa da população (SNS, 2018).

Em Portugal, o sistema de educação público é de qualidade e permanece como o mais utilizado em todo país. O ensino em Portugal é o único da Europa que tem vindo a melhorar desde 2000, e possui escolas modelos que são estudadas e reproduzidas por diversos países do mundo. O período económico mais sombrio de Portugal neste século não interrompeu o processo de melhoria contínua de seu sistema educacional (Lourenço et al., 2019). O relatório educacional PISA (Programme for International Student Assessment) 2012-2015 mostra que Portugal é o único país europeu que continua a melhorar a sua educação desde o começo deste século (PISA, 2015). (O PISA é um programa internacional de avaliação de estudantes focado em matemática, leitura e ciências e que se realiza a cada três anos em 78 países (Lourenço et al., 2019).)

O ensino universitário português também é de qualidade e sete universidades de Portugal estão entre as melhores do mundo em 2019, de acordo com o ranking desenvolvido pela Quacquarelli Symonds (QS World UniversityRanking, 2019), um dos mais consagrados a nível internacional e que avalia as melhores universidades do mundo todos os anos.

No entanto, segundo um relatório do Eurostat de 2018, cerca de 70% dos jovens desempregados portugueses, entre os 20 e os 34 anos, estão mais predispostos do que qualquer outro jovem da União Europeia a mudar de cidade ou de país para procurar um emprego (Eurostat, 2018). Este valor é bastante expressivo comparativamente à média europeia dos 28 países que constituem a união, que é de cerca de 50%. Pois, apesar da recuperação que se deu depois da crise económico-financeira da última década, Portugal continua com uma elevada taxa de desemprego jovem. De acordo com dados do PORDATA, a taxa de desemprego (25-54 anos) baixou de 10%, em 2016, para 7.9% no ano de 2017 (PORDATA, 2018). Já a taxa de desemprego jovem (<25 anos) sofreu uma redução de 28% para 23.9%. Há outra particularidade salientada no relatório da

Eurostat: os jovens com maior grau de escolaridade tendem a ter mais facilidade em abandonar o país à procura de um emprego. De onde se conclui que, o nível de instrução escolar tem influência na hora de decidir sair, ou não, do país.

Em Portugal, a taxa de desemprego juvenil baixou. E até baixou significativamente, o que não exprime forçosamente que a qualidade do emprego se tenha elevado. Visto que o país ainda expõe altos níveis de precariedade laboral entre os jovens e, nomeadamente, entre jovens muito qualificados (Ferreira, 2018). É o grande desafio dos jovens portugueses. Embora se trate da geração mais qualificada de sempre no nosso país, os jovens portugueses são os mais afetados pelo desemprego. A grande dificuldade está na faixa etária dos 25 anos, cuja dificuldade em aceder ao mercado de trabalho não deixa dúvidas: a taxa de desemprego é de 23%, muito acima da média da União Europeia.

Portugal é o sétimo país da Europa onde a emancipação dos jovens em relação aos pais acontece de modo mais lento e tardiamente. E quando o fazem no topo das prioridades dos jovens está o desígnio de constituir família. Apesar disso, os jovens portugueses casam-se cada vez mais tarde, têm filhos mais tarde, muitas vezes até sem estarem formalmente casados (Expresso, 2019).

No entanto, em 2019, foi através do Working Millennial Index (Working Millennial Index, 2019), que foram selecionados os países que melhores condições oferecem para viver e trabalhar no que concerne aos jovens. Portugal está bem colocado na lista, composta por um total de 75 países. Este estudo identifica vários fundamentos que podem incentivar a geração deste milénio a deixar o seu país de origem para se aventurar a trabalhar em outro país. Estes fatores vão desde a segurança dos países ao clima, passando pelo custo de vida e oportunidades e condições laborais. O objetivo é encontrar os melhores países do mundo para os jovens viverem e trabalharem.

Portugal e Espanha encontram-se na lista dos melhores países para viver e trabalhar. Dos 75 países analisados, Espanha encontra-se em 21.º e é em 24.º lugar que Portugal se encontra, com um total de 23 pontos. Numa pontuação de 1 a 5, Portugal

conseguiu obter melhor classificação nas taxas de desemprego, entretenimento, custos de arrendamento e em oportunidades de conseguir abrir uma start-up com sucesso. A pontuação mais baixa (3 valores) fez-se sentir na média salarial.

Não é a primeira vez que Portugal é indicado como um dos melhores países para viver e trabalhar no mundo quando se é um residente estrangeiro. No estudo anual “Expatri Insider” de 2019 da InterNations (InterNations, 2019), Portugal foi campeão mundial na categoria “qualidade de vida” para expatriados. No ranking geral, Portugal ocupa o 3.º lugar em todo o mundo.

Segundo Jordão (2017), as próximas décadas continuarão a emergir num mundo em rápida, profunda e constante mutação. Irão surgir novas oportunidades, mas também novos riscos, que confrontarão a geração dos atuais jovens e que lhes irão exigir um conhecimento cosmopolita e interdisciplinar e uma enorme criatividade para reinventar o contexto global e local em que viverão e trabalharão. É crucial que os jovens adquiram uma perceção estratégica e uma postura proactiva face a um mundo em mudança que os espera.

Ainda segundo o mesmo autor, o continente europeu tem, agora, menos 43 milhões de jovens com menos de 25 anos do que em 1950. Os jovens europeus com menos de 25 anos representam apenas 6% desse grupo no plano mundial. A idade média da população da Europa é de 42 anos, mas a do continente asiático é de apenas 30 anos e a de África é de 19 anos. A juventude portuguesa, que frequentemente é despreocupada e até menos atenta e consciente do futuro e do mundo, tem que se preparar para conviver e competir em vida real num mundo muito diferente e em constante evolução (Jordão, 2017).

### **1.3. Vivências no ensino universitário**

Para a OMS no conceito de "juventude" está implícito um período cronológico, compreendido entre os 15 e os 29 anos. O intervalo entre os 15 e os 20 anos é caracterizado por aspetos de desenvolvimento psicossocial, qualificado, essencialmente,

pelo desenvolvimento pessoal e pela necessidade de inserção num grupo (WHO, 2018a)).

De acordo com Santos & Macena (2016), alguns fatores têm sobressaído como preditores de transição evolutiva para a vida adulta, dos quais se destacam a progressão no ciclo de estudo, aquisição de responsabilidades, o casamento, a maternidade/paternidade e constituição de família, alteração de local domicílio, assim como a inserção no mercado de trabalho (Ferreira, Silva & Ferreira, 2017).

Por regra, esta etapa da vida é caracterizada como uma fase intermédia, uma fase de mudança, de passagem, de choque ou crise, de sucessão de estádios, de status, apresentando uma variabilidade de atitudes e comportamentos que poderão fragilizar a vida, colocando-a em risco (Galvao et al., 2016).

À chegada ao ensino superior o jovem estudante é exposto a múltiplos estímulos ou reptos de integração, como seja a necessidade de estabelecimento de novas relações interpessoais, a necessidade de se envolver na dinâmica social, intelectual e académica e a necessidade de ter êxito académico, tendo em conta um ajuste às expectativas criadas em torno da entrada no ensino superior (Tietzen, 2010).

Os jovens adultos com o ingresso no ensino superior vivenciam múltiplas mudanças, onde por vezes é preciso conciliar motivações e interesses pessoais com novos contextos de vida, ao nível familiar, social e escolar, embatendo-se com um período controverso de alterações a vários níveis (Ramos & Carvalho, 2008).

Esta etapa pode traduzir-se como um enorme desafio, que para além de permitir a aquisição de competências específicas, representa em simultâneo uma forma de adquirir a autonomia pretendida. Este processo de adaptação à mudança aparenta ser indeclinável e o êxito do jovem será determinado por fatores de proteção e de vulnerabilidade do jovem à mudança (Ferreira, 2008).

Aquando da sua entrada no ensino superior os estudantes, na sua maioria, experienciam uma certa insegurança relacionada ao novo estilo de vida (contactos sociais, papéis e rotinas que têm de desempenhar). Possuem também expectativas positivas em relação à sua nova vida e são quase sempre partilhadas com a família e os amigos, com um certo orgulho, instalando pressão nos jovens estudantes, além da

pressão já criada por viver longe da família e dos amigos de sempre (Costa, 2009; Mullins et al., 2016).

Para Gonçalves (2012), a transição do ensino secundário para o ensino superior é vista, no contexto atual, como uma das mais importantes de todo o ciclo de vivências académicas, não só para o estudante, como para os seus familiares e amigos, colegas incluídos.

Bouteyre et al., (2007) indicam que a transição para a Universidade exige alterações na vida dos jovens, denominando esses momentos de acontecimentos de vida stressantes. Esta fase impõe assim, um ajuste social, emocional e a adoção de estratégias de coping indispensáveis para fazer frente às imposições próprias do meio académico.

Na verdade, a frequência do ensino superior marca, simultaneamente, o final da escolaridade obrigatória e o início da transição para o mundo do trabalho e para a autonomia individual do jovem adulto. O estudante chega ao ensino superior como filho de alguém e termina, se tudo correr bem ou tal com o esperado, como adulto, preparando-se para o seu primeiro emprego, para a sua primeira vivência a dois e, quem sabe, a caminho de se tornar pai/mãe de outro alguém (Gonçalves, 2012).

A adaptação à vida académica é todo um processo que o estudante experiencia quando se vê confrontado com os requisitos do ensino superior, tais como o sucesso académico, a adaptação às regras da instituição de ensino e novas e diferentes formas e normas para o convívio social (Oliveira et al., 2014).

Para Ferreira (2008), a grande parte dos estudantes no ingresso ao ensino superior, apesar de poder não demonstrar grandes expectativas no que respeita ao curso a frequentar, e até possa percecionar insegurança social nas funções e rotinas a desempenhar, começa uma nova etapa da sua vida pessoal, social e académica, possui expectativas positivas em relação ao seu novo estilo de vida e este é quase sempre vivido com um certo regozijo, manifestado nas suas relações (Ferreira, 2008).

Um dos obstáculos mencionados pelos estudantes remete para o acesso aos cursos e instituições de ensino tendo em conta a política de “*numerus clausus*” existente em Portugal (Almeida & Vasconcelos, 2008). Consequentemente, um número muito significativo de estudantes acaba por não ingressar nas instituições e cursos académicos que são a sua primeira escolha. Para além disso, aqueles estudantes com notas mais

baixas ou que não são apenas suficientes para aceder a cursos socialmente mais valorizados, veem-se privados de avançarem para uma carreira, inicialmente idealizada, de acordo com as suas preferências e inclinações vocacionais (Almeida & Vasconcelos, 2008). Esta circunstância pode estar previsivelmente, na base do não envolvimento e empenho dos estudantes nas aprendizagens bem como em expetativas desfalcadas ou falta de motivação diante dos currículos e até trajetos profissionais. Outra situação frequente, mas em sentido inverso, reporta-se àqueles estudantes que ingressam no ensino superior pouco convictos das suas escolhas vocacionais, mas que entram em cursos só porque são detentores de uma avaliação com média elevada (ibidem).

### **A Estrutura e apoio Familiar**

O contexto familiar há muito tempo que é enfoque quando o assunto se trata do uso de drogas pelos jovens, visto que a família é tanto fator de proteção quanto fator desencadeante do consumo. De modo geral, esta nova etapa tende a ser perspectivada pelo indivíduo e pela restante família de forma muito positiva, levando à construção de expectativas que, muitas das vezes, não se confirmam no contato real com o mundo universitário.

Entende-se que a família é o principal grupo social na formação do indivíduo, tendo como um dos papéis fundamentais o atendimento às necessidades biológica, psicológica, social e cultural de cada um de seus componentes (Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005). A família educa e transmite valores. É fundamental para o completo desenvolvimento da criança e do jovem sentir-se parte de uma família, em que a proteção familiar, além de resguardar e preservar a vida e saúde de seus membros, possibilita também orientação e acompanhamento. A forma de relacionamento que se estabelece desde a mais tenra idade é a que irá prevalecer no futuro (DGS, 2019a; Elsen, 2002; Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005). De acordo com Giglioti & Guimarães (2007), a família é regida por regras que determinam o seu funcionamento e que dão o “ritmo” do relacionamento de seus membros, além de que o comportamento de qualquer membro da família afeta e é afetado por todos os outros.

Os jovens que têm maior apoio e suporte, e que se sentem compreendidos pela família apresentam menor padrão do consumo de drogas (Garcia, 2018). Ainda, o afeto

e o interesse mostrados pelos pais, o tempo que passam seus filhos e a firmeza de medidas disciplinares mantêm a relação com a abstenção do uso de drogas, assim de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020) tem menor risco de uso de drogas o indivíduo pertencente a uma família bem integrada, nela mesma e na sociedade, e que conte com fatores protetores como estar bem informado, ter qualidade de vida, ter difícil acesso às drogas e conviver num contexto harmonioso.

Contrariamente o ambiente familiar pode apresentar vários elementos considerados desfavoráveis que atuem como elemento facilitador ao uso de drogas: falta de suporte parental, viver apenas com um dos pais, cultura familiar do uso de álcool e de outras drogas, conflitos familiares, violência doméstica, e desinformação e desconhecimento familiar sobre o uso de drogas (Dall’Agnol & Fassa, 2011; Garcia, 2018; Kendler, Schmitt & Aggen, 2008; Sanchez, Oliveira & Nappo, 2005; Soller, 2010). Também uma confusa e desordenada dinâmica das relações familiares onde comumente não existem definições específicas de papéis, fronteiras, regras, hierarquias, conflitos não resolvidos e dificuldades na comunicação entre os membros da família, falta de suporte e acompanhamento familiar (Azevedo & Silva, 2013; Catanzaro & Laurent, 2004), exercem grande influência no início e na manutenção do consumo de substâncias (Catanzaro & Laurent, 2004).

Malbergier, Cardoso & Amaral (2012) utilizando o DUSI R numa investigação onde os objetivos foram (avaliar a associação entre variáveis da dimensão estrutura familiar e o consumo de álcool, e drogas ilícitas, avaliar a possível associação de diferentes padrões de consumo de drogas com diferentes níveis de problemas familiares, detetaram face à média do número de problemas familiares relatados pelos jovens pertencentes às diferentes categorias de consumo que os que usaram álcool e drogas ilícitas relataram ter mais problemas familiares do que aqueles que não usaram nenhuma substância, além de uma alta frequência de problemas familiares em estudantes que usaram alguma substância. (Para os mesmos autores, este fato é indicador que as estratégias de prevenção devem conter intervenções nos jovens e nos familiares.)

No que respeita à situação de residência, os consumos parecem superiores entre os universitários que tiveram que se mudar da sua habitual residência – onde residiam com os pais (Almeida, 2014).



Zeferino et al., (2015) num estudo cuja amostra total era composta de 250 estudantes de uma universidade e onde 45.2% morava com a família, extraiu-se que no que diz respeito às características das relações familiares, se teve a impressão inicial de que as relações familiares em termos gerais eram boas, porém, ao fazer-se a reversão de controle das questões positivas e negativas no conjunto de resposta, verificou-se que as relações familiares da amostra, apresentaram uma leve tendência a serem boas. No entanto, os autores concluíram que as relações familiares foram fatores socioculturais que permaneceram neutros na amostra estudantil e com isso não exerceram moderação significativa no consumo de drogas, apesar de outros estudos terem encontrado significância.

Se uma família que se caracteriza por ser acolhedora, com limites bem definidos, comunicação adequada, promotora de afeto se apresenta como fator de proteção ao uso de drogas; ao contrário, uma família com distanciamento afetivo com dificuldade na comunicação e fronteiras pouco definidas pode favorecer tanto o uso de substâncias como a permanência ativa da dependência (Garcia, 2018; Paz & Colossi, 2013)

Garcia (2018), como resultado encontrado da sua investigação menciona que após o problema detetado, a melhor maneira que as famílias encontraram de ajudar face aos seus familiares dependentes foi aceitar o problema de saúde associado ao consumo, dar amor, carinho, apoio e manter uma comunicação e diálogo abertos. sendo fundamental ter uma visão de que a dependência indica uma dinâmica familiar disfuncional, pois assim amplia-se a compreensão do dependente dentro de um sistema familiar.

Outra perspectiva que tem também sido alvo de investigação e com correlação demonstrada na adaptabilidade ao percurso académico em estudantes que ingressam na vida universitária é a importância do apoio parental à escolha profissional (Botton, Cúnico & Strey, 2015; Dias, 2012; Fiorino, Maré & Bardagi, 2017). De acordo com estes investigadores, tal apoio apresenta-se como relevante, possivelmente por facilitar o processo de identificação do estudante com a profissão (provavelmente estimulando-o a envolver-se com o curso, as suas atividades e professores), o que pode ou não ocorrer com jovens que percebem que sua escolha não corresponde às expectativas parentais.

## **O local de Residência**

Atentando ainda na variável localidade de origem, são reduzidos os estudos que abarcam o desenvolvimento do percurso do estudante e a sua adaptação académica em função da comunidade de origem. Na investigação de Fernandes & Carvalho (2020), abordando a zona geográfica de residência do estudante, não foram encontradas associações estatisticamente significativas com a adaptabilidade de percurso dos jovens.

No entanto, apesar de não se ter observado um efeito global, verificou-se uma influência parcial, de magnitude fraca, na dimensão Controlo, considerando o grupo de estudantes que vivem em zonas de cariz rural, quando seria de esperar que fossem os estudantes das zonas urbanas que apresentassem resultados mais elevados de acordo com Hutchins & Patrick (2013) na medida em que segundo estes autores o baixo envolvimento da juventude rural em programas de orientação profissional disponibilizados se pode atribuir a um descompasso entre as aspirações ocupacionais da juventude rural e os negócios empresariais que estão disponíveis para esses jovens.

No que concerne à mobilidade do estudante relativamente à sua residência de origem, facto altamente frequente neste ciclo de ensino, esta realidade implica, por vezes, que os estudantes tenham que aprender a conviver num ambiente totalmente novo, com pessoas desconhecidas, numa localidade com um modo de vida mais complexo que a de origem e, na maioria das vezes, sozinho. A rede social altera-se significativamente, sendo esta possivelmente tida desde a infância e numa localidade menor, onde um grande número da população se conhece e até pode manter vínculos próximos (Araújo et al., 2016; Mancebo, 2016). Estes factos implicam uma série de transformações no estilo de vida, acrescidos por vezes de dificuldades financeiras que impõem obstáculos às visitas frequentes aos familiares, além de barreiras oriundas da formação básica do estudante, considerada deficitária, em relação a outros que tiveram maior acesso à educação de melhor qualidade por exemplo em cidades e, em muitos casos, no setor privado (David, Melo & Malheiros, 2013).

Os estudantes que permanecem nas suas residências de origem, tidos como não deslocados, dedicam mais tempo à realização das tarefas académicas e, ainda, experimentam melhor bem-estar psicológico e emocional (Nunes & Garcia, 2010;

Tavares, 2012), parecendo beneficiar de um maior apoio e suporte por parte das figuras parentais, outros familiares e amigos de infância/adolescência. Pelo contrário, em contrapartida, no estudo de Porta-Nova (2009), os resultados indicaram que os alunos que se deslocaram para a cidade, local mais movimentado, para frequentarem os seus cursos de formação superior, apresentam maiores dificuldades na gestão do tempo e na organização dos métodos e estratégias de estudo. Estes estudantes mostravam maior insegurança e dependência em relação aos colegas e aos professores no que concerne à organização das suas atividades académicas.

Por sua vez, Cunha et al., (2005) e Pereira (2003) referem que os cafés, os bares e discotecas (locais de diversão noturna mais frequentes em locais movimentados) estão a ocupar, cada vez mais, o lugar de destaque nas preferências dos consumidores jovens. Alguns destes locais encontram-se abertos ao público durante toda a noite, o que facilita, sem dúvida, a aquisição de bebidas alcoólicas.

### **Desempenho académico**

São apontadas relações entre a adaptação dos alunos ao ensino superior e o seu sucesso académico, mais abrangentes que o rendimento escolar, já que envolvem inúmeros fatores não só de índole cognitivo, mas também pessoal e social (Carvalho Alves, 2017)

O modo como os alunos vêm as dificuldades, ou a intensidade com que as sentem, poderá influenciar todo o seu percurso estudantil a partir da entrada na universidade, o que se reporta à influência das características psicossociais dos estudantes na qualidade da adaptação à universidade (Diniz & Almeida, 2006; Ting & Robinson, 1998). Traços de personalidade, tais como a autoconfiança ou o locus de controlo interno influenciam a capacidade para ter sucesso (Kuh et al., 2006). O stress provocado pela mudança de cenários, de hábitos, a separação da família (Pascarella & Terenzini, 2005; Tinto, 1996) também são elementos importantes.

A influência das experiências académicas anteriores, ou seja, as classificações anteriores que se consideram também como um preditor das classificações dos alunos no primeiro ano da universidade (Kuh et al., 2006; Pascarella & Terenzini, 2005)

A má preparação para a frequência da universidade e o estatuto de estudante de ensino superior de primeira geração (ou seja, quando os pais não têm habilitações académicas de nível superior) são apontados como fatores de risco muito significativos no sucesso académico (Kuh et al., 2006).

O sucesso na vida académica no ensino superior assenta também em fatores, além da preparação académica tais como, a escolha da universidade, a vocação, o apoio da família e dos colegas, a motivação para aprender ou as características demográficas em que o estudante se insere (Kuh et al., 2006).

Associados a resultados académicos insatisfatórios (ou por causa deles), podem surgir sentimentos de solidão ou isolamento, insegurança, frustração, desilusão com o curso, vontade de abandono em situações limite (Tinto, 1996).

Os estudos sugerem que a Saúde Mental influencia o desempenho académico (Chow, 2010).

### **Competências Sociais**

A frequência do Ensino Superior depende para o estudante universitário a acomodação de novos hábitos, circuitos e rotinas e a incorporação de novos comportamentos e conhecimentos, implicando capacidade de adaptação a novos padrões que passam por uma maior maturidade na relação com os outros e o aperfeiçoamento de novas competências para um melhor desempenho de âmbito geral (Almeida et al., 2007; Couto et al., 2012; Soares & Del Prette, 2015). Estas englobam habilidades de iniciação e manutenção de relações sociais e abarcam a capacidade de este conseguir resolver problemas, de elogiar, reclamar e afirmar-se socialmente (Pedroso- Lima et al., 2014; Soares & Del Prette, 2015).

Contrariamente ao expectável, frequentemente os jovens universitários não demonstram ter desenvolvido estas habilidades que lhes permitem o devido ajustamento social, necessitando de as adquirir ou aprimorar (Angélico, Crippa & Loureiro, 2006; Soares & Del Prette, 2015). Alguns autores defendem que as habilidades sociais são cruciais para que o jovem indivíduo interaja socialmente de forma aceitável e satisfatória, independentemente do contexto e cultura (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010).

Sendo que a interação resulta da integração de habilidades sociais emocionais, linguísticas, cognitivas, ajustamento social e competência social (Cordier et al., 2015). Ainda de acordo com o mesmo autor, existem fatores, externos e internos, que podem interferir na predisposição do indivíduo para a interação com os outros e, conseqüentemente, no funcionamento social. Como fatores internos podem-se referir o desenvolvimento do cérebro, a personalidade e o temperamento, e como fatores externos as influências ambientais, os fatores familiares, o nível socioeconómico e a cultura (Cordier et al., 2015).

A competência social traduz-se como um constructo multidimensional que abrange a capacidade de o indivíduo organizar pensamentos, sentimentos e ações em função dos seus objetivos e valores (Lemos & Meneses, 2002). As habilidades sociais são os comportamentos que contribuem para a competência social do indivíduo (Freitas, 2011). Logo, um desempenho competente requer do indivíduo uma combinação de diferentes esferas de habilidades sociais (Braz, 2013).

As habilidades sociais incluem três componentes: os comportamentais, os cognitivos e os situacionais. Os componentes comportamentais referem-se aos aspetos verbais e não-verbais, os cognitivos envolvem as variáveis pessoais, e os situacionais que reportam ao contexto ambiental (Naves et al., 2011) e quanto mais desenvolvidas forem estas habilidades maior é a autoestima do indivíduo (Grazziotin & Scortegagna, 2013). Tendo em conta que existe uma relação entre o meio académico e o comportamento social, então a aquisição ou desenvolvimento destas habilidades poderá facilitar o ajustamento do universitário ao contexto académico (Peixoto, 2017; Soares & Del Prette, 2015).

### **O Grupo de Pares**

No percurso do jovem universitário podem surgir contextos facilitadores, tais como as redes de amizade que os estudantes estabelecem, proporcionando um melhor ajuste (Teixeira, Castro & Piccolo, 2007), e também as instituições, com impacto no

desenvolvimento psicossocial, no rendimento académico e na ambientação à Universidade (Teixeira, 2009).

E é esta, por vezes, a conjuntura sociocultural e emocional amplamente complexa, de passagem dos estudantes para uma etapa de independência e interrogação de valores, crenças e atitudes, desencadeia por vezes alterações no seu estilo de vida, com possível apresentação de condutas negativas (Tietzen, 2010).

Para Andrade et al.,(2016) e, de um modo geral para grande parte dos investigadores (Carlotto, Teixeira & Dias, 2015; Marinho et al., 2015; Porto, & Soares, 2017), também o ambiente social e cultural da instituição de ensino superior onde o estudante se encontra é considerado como um importante gerador de atitudes de maior ou menor envolvimento e desinformações e incertezas quanto às escolhas de trajeto, que muitos jovens ingressam para uma formação em contexto universitário. E, deste modo, na maioria das vezes, encontram-se desorientados e poucos vocacionados para o curso e consequentemente, profissão a alcançar (Casanova & Almeida, 2016).

Segundo (Monteiro, Tavares & Pereira, 2009), o desenvolvimento do adulto emergente poderá ser influenciado também pelo contexto do ensino superior. Este período caracteriza-se pelo desenvolvimento da identidade e obtenção da autonomia a diversos níveis e, para muitos estudantes, a entrada no ensino superior implica a saída da sua residência familiar e consequente afastamento dos pais, familiares e amigos.

Associado a este facto, os jovens tendem a experienciar e adotar condutas mais arriscadas, comportamentos menos saudáveis, essencialmente durante esta fase de mudança para o ensino superior. Este facto, com adaptação no que concerne ao nível da integração académica, pessoal e social, com um papel ativo e determinante no seu desenvolvimento como jovem adulto.

Além de que, o ambiente académico é rico em rituais e tradições, por exemplo, a Praxe Académica é uma tradição dinâmica e tem vindo a adaptar-se aos tempos atuais, uma vez que em cada geração, tem um significado e interpretação próprios e se vem adequando à realidade do momento (Frias, 2003) Assim, não é só um conjunto de regras e costumes, mas engloba uma multiplicidade de comportamentos e de estatutos, de rituais, de cerimónias e festividades, de simbologia, de eventos musicais, de hinos, de ritmos temporais, de trajes, de poemas, de saídas noturnas. A praxe integra a vida

associativa estudantil, marcando a entrada e toda a passagem dos estudantes pelo ensino superior (Frias, 2003).

Para (Pillon et al., 2004), a principal preocupação com os estudantes universitários, foca-se na sua entrada no ensino superior, uma vez que esse período é especificamente voltado para atividades como convívios e festas académicas, que contam com a presença de substâncias psicoativas, podendo alguns estudantes fazer o uso experimental ou abusivo na busca de satisfação que essas substâncias podem proporcionar.

Os estudantes universitários poderão ser assim considerados um grupo vulnerável no que toca ao consumo das substâncias psicoativas e a comportamentos de risco. Pois se por um lado, disfrutam da liberdade passageira entre a vivência familiar e a vida laboral adulta (Grácio, 2009), por outro lado, entram num ambiente novo e desconhecido, onde a maioria dos seus pares já pertencem a uma idade adulta, tida como legítima socialmente para o consumo de substâncias psicoativas, tais como álcool e tabaco. Em certa medida, a vida académica proporciona, direta ou indiretamente, mais autonomia e responsabilidade ao jovem, obrigando-o a assumir compromissos e a tomar decisões.

Na juventude, são assim, inúmeros os desafios que são colocados aos jovens, acarretando não só novas oportunidades/escolhas, mas também novos desafios e riscos, sendo este considerado um intervalo crítico, de maior vulnerabilidade para o início e a manutenção do consumo de substâncias psicoativas (Wagner & Andrade, 2008).

O consumo de tabaco, por exemplo, é considerado o principal fator de risco evitável para a saúde em todo o mundo, causando alta morbimortalidade na população. Aproximadamente 6 milhões de pessoas morrem anualmente por essa causa, das quais mais de 5 milhões são consumidores diretos de tabaco e mais de 600.000 estão expostas ao fumo ambiental do tabaco, como fumadores passivos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015 h), 22% das pessoas com mais de 15 anos identificam-se fumadores habituais de tabaco.

No período da universidade os estudantes vivenciam diversas fases e muitas vulnerabilidades psicológicas, sendo importante o reconhecimento destas pela

instituição de ensino para que ocorra uma superação dos momentos considerados mais difíceis (Andrade et al., 2016). As vivências acadêmicas englobam elementos importantíssimos que se refletem na adaptação e no relacionamento interpessoal e institucional, podendo causar impacto na permanência dos estudantes no curso escolhido (Carlotto, Teixeira & Dias, 2015; Marinho-Araujo et al., 2015; Porto & Soares, 2017).

### **1.3.1. A instituição acadêmica de ensino superior**

Em Portugal, segundo a Direção Geral do Ensino Superior (DGES), o ensino superior português encontra-se organizado num sistema binário, de acordo com os princípios de Bolonha, que integra o ensino universitário e o ensino politécnico e é ministrado em instituições públicas e privadas. Os estabelecimentos de ensino superior privado obtêm reconhecimento de interesse público prévio do Governo. O ensino universitário abarca as universidades, os institutos universitários e outros estabelecimentos de ensino universitário. O ensino politécnico compreende os institutos politécnicos e outros estabelecimentos de ensino politécnico (DGES, 2021).

Em Espanha, o ensino superior no sistema de ensino é composto por: ensino universitário; Formação Profissional de nível superior e Educação em regime especial, que inclui Ensino Artístico Superior, Educação Profissional de Artes Plásticas e Design e Desporto de Ensino Superior. O sistema universitário realiza o serviço público de ensino superior por meio de pesquisa, ensino e estudo, com base no princípio de autonomia das universidades.

De acordo com a Lei Orgânica da Educação (LOE), de 2006, a Lei Orgânica para a Melhoria da Qualidade da Educação (LOMCE) de 2013 e a Lei Orgânica de Universidades de 2001, um dos princípios fundamentais do sistema educacional espanhol é o da atenção à diversidade estudantil. Esse princípio deve governar todo o ensino, com o objetivo de proporcionar uma educação adequada às características e necessidades de cada aluno. Desse modo, a atenção não é apenas para alunos com necessidades diferentes, mas também para servir a todos; portanto, as medidas estabelecidas na legislação visam responder às necessidades de todos os alunos e variam entre as de um indivíduo mais comum até aqueles que têm um caráter extraordinário.



Para o estudante universitário o ingresso no ensino superior envolve o confronto com uma conjuntura académica diferente da habitual que acarreta responsabilidades nomeadamente na gestão do tempo de aulas, de estudo, de lazer e do dinheiro (Almeida, et al., 2007b; Ferreira, Almeida, & Soares, 2001; Soares et al., 2006).

Concomitantemente, o ensino superior apresenta metodologias, conteúdos e técnicas de ensino distintos, incitando o estudante a obter outras competências e estratégias de estudo. Neste âmbito, evidenciam-se um maior envolvimento e participação na instituição em que se insere, índices superiores de independência e proatividade na gestão do seu tempo, na organização e autonomia da sua aprendizagem, no estabelecimento de metas e ativação de mecanismos eficazes de autorregulação, visando o alcançar de um objetivo final (Almeida et al., 2008; Almeida et al., 2007b; Almeida, Soares & Ferreira, 2002; Azevedo & Faria, 2001; Freitas, Raposo & Almeida, 2007)

Adaptação implica estabelecer um equilíbrio entre os requisitos e exigências e as expectativas face a uma dada situação, neste caso o novo ambiente universitário e a capacidade dos jovens de responder a essas demandas; onde a magnitude da discrepância encontrada poderá determinar o stress experimentado.

Essa discrepância pode gerar frustrações e diminuir o envolvimento académico do estudante (Alves, Gonçalves & Almeida, 2002), portanto, se a universidade não tomar medidas para entender as variáveis questão em torno do fenómeno da adaptação e permanência académica, não poderá intervir para prevenir e corrigir.

Os docentes universitários, por exemplo assumem um papel muito relevante para a adaptação institucional dos estudantes. Este deverá ter a compreensão de seu papel como um educador e modelo de identidade para seus educandos, principalmente se o aluno estiver no princípio da vida adulta (António & Manuel, 2015). Além de que, é crucial primar pelas relações interpessoais saudáveis que permitam uma cumplicidade entre aluno e professor, proporcionando um convívio salutar baseado na confiança, na troca de experiências e com isto, seguramente, contribuindo para o processo de aprendizagem e progressão do estudante (António & Manuel, 2015; Santos et al., 2013; Soares, 2011) As instituições nem sempre se interessam em conhecer as expectativas

dos estudantes diante do ingresso no Ensino Superior e as suas possibilidades de concretização (Nadelson et al., 2013).

No entanto, alguns estabelecimentos de ensino superior, deram início à investigação dos fenômenos inerentes à adaptação dos estudantes, de modo a adotar medidas que facilitem o bom percurso na faculdade, proporcionando que a integração na vida universitária aconteça de forma mais acessível, fácil e rápida logo a partir do circunstância em que se dá o ingresso, para assim diminuir as repercussões sociais, institucionais e pessoais que esta implica e poder prevenir a cronicidade, abandono dos estudos (Castro, 2021).

Assim, a instituição de ensino superior tem uma função importantíssima face à integração do estudante na vida universitária, ajudando ou não neste trajeto. Alguns autores (Nadelson et al., 2013; Wiles, Chechi & Dias, 2010), sugerem que cabe à universidade atentar para as dificuldades dos ingressantes para facilitar sua adaptação. E nesse mesmo sentido consideram ser também responsabilidade das instituições universitárias promover as condições adequadas para uma integração e adaptação acadêmica de sucesso.

Este propósito tem promovido também o desenvolvimento de estratégias facilitadoras de integração à vida acadêmica, desenvolvendo estas instituições diversos programas e serviços. Esta questão reveste-se de uma importância acrescida na medida que se verifica cada vez maior mobilidade de estudantes, quer a nível nacional, quer internacional. Comprovando-se, assim, a necessidade de medidas objetivas da integração acadêmica que considere todas as suas dimensões (Castro, 2021; Ferreira, 2008).

Assim a evidência científica suportada na literatura sugere que cada vez mais se evidencia, o papel importantíssimo que as instituições de Ensino Superior representam para os universitários. Nesse sentido, elas devem atuar no processo de integração inicial, bem como em todo o percurso acadêmico. Disponibilizar recursos, para proporcionar experiências positivas necessárias ao desenvolvimento educacional total dos discentes objetivando o sucesso acadêmico da população juvenil que abarca (Castro, 2021; Nadelson et al., 2013; Porto & Soares, 2017; Wiles, Chechi & Dias, 2010).

Face ao bem-estar e saúde mental dos estudantes, genericamente as instituições centram-se em oferecer serviços quando os estudantes pedem ajuda, na promoção e prevenção. Com a primeira ação respondem aos problemas mais urgentes, desencadeando ou proporcionando respostas mais imediatas. Com a segunda apostam em programas de promoção e educação para a saúde, de apoio e orientação pedagógica.

A literatura tem demonstrado que as intervenções no âmbito da promoção da saúde mental em estudantes do ensino Superior se têm destacado como eficientes, com resultados muito promissores (Conley, Travers & Bryant, 2013). Apoiam-se na educação para a saúde integrada, compreensiva e abrangente, sobretudo na capacitação, autonomia e no reforço dos recursos positivos. É dirigida às singularidades dos estudantes e dos contextos académicos, visando diminuir, minimizar ou eliminar condicionantes negativos (Kalra et al., 2012). Na generalidade a promoção da saúde mental, no contexto universitário, inclui a gestão de stress, ansiedade, serviços de apoio e orientação e têm como desígnio patrocinar os estudantes nos processos de transição, aprendizagem e desenvolvimento (Souza et al., 2012).

No seu estudo empírico Galvão, Pina & Pinheiro (2021), reportam uma visão clara sobre as diferenças e comportamentos de saúde que distinguem os estudantes abarcados pelo seu estudo. Diferenças que vieram demonstrar que a intervenção implementada pelo gabinete clínico da instituição onde se realizou a referida investigação, na vertente das consultas de psicologia estava devidamente justificada. Havendo necessidade de desenvolver programas de intervenção em literacia para a saúde sobre atitudes e comportamentos promotores da saúde e preventivos da doença específicos para estudantes e também que esses programas devem ser adaptados aos distintos grupos, dinamizando soluções específicas e incisivas. No referido estudo, relativamente à origem dos estudantes e o seu sexo, uma vez que estariam em causa atitudes e comportamentos modificáveis e com forte impacto no quotidiano atual e futuro da população universitária abrangida (Galvão, Pina & Pinheiro, 2021).

O ensino superior deverá assim, revelar-se acessível, através das reformulações educativas e estruturais, para dotar, os que neles ingressam, de ferramentas que os

tornem progressivamente mais autónomos e responsáveis face à assertividade das suas decisões e percursos (Conley, Travers & Bryant, 2013).

Uma boa adaptação ao ensino superior irá permitir ao adulto emergente crescer e ampliar os seus horizontes ao nível pessoal, académico e profissional. Deste modo, é essencial que as instituições académicas implementem políticas que estejam em consonância com as necessidades dos seus estudantes promovendo, assim, uma transição, adaptação e percurso positivos. O sistema educativo superior não pode nem deve ser estático. Ele deve ser traduzido como um processo evolutivo, em constante transformação, onde o objetivo primordial deve ser, a promoção do crescimento integral e harmonioso dos seus estudantes.

#### **1.4. Fatores preditores de saúde dos jovens**

A conceptualização de saúde e de doença têm sofrido alterações ao longo dos tempos. Inicialmente prevalecia o modelo biomédico que defendia que o Homem não era responsável pelo aparecimento das doenças, e que estas eram fruto de fatores externos ao indivíduo (Ribeiro, 1998). A partir do século XX, passou a perspetivar-se que o aparecimento das doenças estava relacionado com a adoção de determinados comportamentos, originando a insatisfação com o modelo biomédico e a necessidade de um modelo alternativo surgindo, assim, o modelo biopsicossocial (Ogden, 2004). De acordo com este último autor, o diagnóstico de doença deverá ser realizado abrangendo a interação de diversos fatores (biológicos, psicológicos e sociais) (Ogden, 2004), que interagem uns com os outros, assim como o indivíduo com o seu contexto envolvente (Ribeiro, 1998).

O incremento da investigação e do conhecimento no domínio da vasta área da saúde permitiu, assim, à comunidade científica compreender a abrangência da interação de fatores de âmbito biológico, psicológico, comportamental, social e ambiental no desenvolvimento de várias condições de doença e saúde nas distintas populações alvo. O encadeamento, ligação ou interação destes fatores, é hoje, nas suas múltiplas vertentes, aceite como responsável pela dinâmica dos estados de saúde, bem como das transformações ou mudanças que determinam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida

das populações no momento presente e que terão repercussões no futuro das mesmas (Ferreira & Santana, 2003).

O Modelo Biopsicossocial agrega uma abordagem mais integrada, holística e desta forma mais completa da saúde contrapondo ao modelo biomédico da promoção da saúde (Dias et al., 2004; Galinha & Pais Ribeiro, 2005) além de eu este modelo procurou centrar a sua ação no combate aos comportamentos considerados de risco por se acreditar que estes eram responsáveis pelas principais causas de mortalidade no século passado (Pais Ribeiro, 2007)

Além de que os fatores relacionados com o comportamento humano ocupam um lugar de destaque no equilíbrio da saúde e da doença. Uma análise cuidadosa da carga global de doenças apontou para a importância dos fatores comportamentais de risco, como o excesso de peso, sedentarismo, tabagismo e álcool (WHO, 2002).

De realçar também que os fatores comportamentais múltiplos podem ser responsáveis pela ocorrência de determinado desfecho como exemplo de múltiplos comportamentos de risco, temos o consumo excessivo de álcool e conduzir, põe em risco o próprio indivíduo e os que o rodeiam, bem como atividades (Fletcher, Fletcher, & Wagner, 2006; Jekel, Katz & Elmore, 2005; WHO, 2002).

#### **1.4.1. A importância dos Estilos de vida**

A Carta de Ottawa para Promoção da Saúde de 1986 e os documentos subsequentes sobre este tema, destacam a importância de ponderar a saúde em todas as políticas, dos ambientes saudáveis, dos estilos de vida saudável e da necessidade de orientação dos serviços de saúde para a prevenção de doenças e promoção da saúde (WHO, 2017)

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2019; Silva et al., 2019) fatores como o local de residência, o meio ambiente envolvente, o estilo de vida, a genética, a educação, o nível socioeconómico ou a rede social de apoio, são alguns dos determinantes a valorizar. Destes determinantes, importa destacar os Estilos de Vida (como por exemplo alimentação, atividade física, sono, gestão de stress ou tabagismo),

que representam em si uma importante oportunidade de promoção da saúde. Além de que, a obtenção de vantagens, ou ganhos, em saúde pela adoção de estilos de vida saudável surge como uma oportunidade de influenciar positivamente a saúde. A adoção de um Estilo de Vida Saudável deve ser vista como uma oportunidade e um desafio da pessoa, da família e da comunidade, pela possibilidade de ter uma atitude preventiva no que diz respeito à saúde (DGS, 2019).

O desenvolvimento económico, social e pessoal, estão intimamente ligados à saúde e à qualidade de vida. A adoção de atitudes e de comportamentos de saúde, parte integrante do estilo de vida de cada indivíduo, compõem um grupo de variáveis que afetam aqueles dois conceitos (Soares, Pereira & Canavarro, 2014).

Em termos de conceptualização os estilos de vida abraçam uma definição globalmente aceite e bem definida, explicá-la, é algo, no entanto, mais complexo, na medida em que, depende da cultura, sociedade e características pessoais. Assim, os estilos de vida podem ser elucidados como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, iniciados em idades muito precoces, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais (DGS, 2019) e que consequentemente influenciam a saúde e o bem-estar do sujeito (Hancox, Milne & Poulton, 2004).

Estilos de vida são também qualificados como padrões de comportamento que podem ter um profundo efeito na saúde dos indivíduos e estão relacionados com aspetos que assinalam as atitudes, as crenças, os valores e as oportunidades que surgem na vida, assim como uma forma de viver baseada em padrões de comportamentos que são determinados pelas características pessoais intrínsecas, interações sociais e as condições ambientais em que o indivíduo se encontra. Deste modo, podem influenciar e afetar a saúde individual bem como a saúde coletiva (WHO,1998). Assim, pode considerar-se que um estilo de vida saudável se caracteriza como a adoção de vários comportamentos saudáveis. A OMS define comportamento saudável como uma ação que visa a promoção, a proteção ou a manutenção da saúde (Nutbeam, 2000), sendo que os restantes comportamentos se distinguem destes por serem adotados independentemente dos efeitos para a saúde (WHO, 1998).

Coelho & Santos, (2006, p.19) dizem-nos que o “estilo de vida é um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”. No seu dia-a-dia, o indivíduo pode optar por influenciar positiva ou negativamente a sua saúde, salientando que o estilo de vida e a qualidade de vida são pontos de extrema importância no que concerne a viver com ou sem saúde. Coelho & Santos (2006,p.217) referem igualmente que “mais do que nunca, as nossas escolhas e decisões quotidianas, o nosso estilo de vida têm afetado a maneira como vivemos e por quanto tempo vivemos”.

Os indivíduos desenvolvem um estilo de vida próprio, que se pode alterar ao longo da vida, e no seu dia-a-dia, refletindo as suas competências cognitivas, emocionais, físicas, sociais, profissionais e espirituais. Deste modo, um modelo de intervenção deve abordar todas estas dimensões e intervir no indivíduo como um todo (Ribeiro, 2010).

Os estilos de vida dos estudantes universitários possuem características muito próprias, nomeadamente no que diz respeito ao poder de decisão e autonomia nas escolhas sobre a sua maneira de viver (Dinger & Waigandt, 1997).

Alguns autores têm descrito os estilos de vida adotados no contexto do ensino superior como comportamentos de risco ou pouco saudáveis, que podem comprometer a saúde presente e futura do indivíduo (Abolfotouh, Bassiouni & Mounir, 2007; Keller, 2008).

No que concerne a esta questão, os estudos relacionados com os estudantes de ensino superior aumentaram nestes últimos anos, indicando que os estudantes adotam estilos de vida pouco saudáveis durante o percurso académico, refletindo-se, nomeadamente, no aproveitamento académico (Costa, 2009; Galvao et al., 2016; Galvao et al., 2017).

Os comportamentos de saúde atuais de estudantes do ensino superior têm a longo prazo implicações. Algumas práticas de vida durante o contexto universitário continuam a ter impacto sobre a saúde ao longo da vida, revelando que muitos estudantes universitários se deixam aliciar por comportamentos de risco prejudiciais à saúde (Santos, 2011).

Contudo, algumas investigações concluem que a mudança dos hábitos só é possível fazendo melhorar o nível de literacia em saúde, sendo que esta depende de vários fatores, tais como a cultura, as influências familiares e sociais (seguir o exemplo dos adultos), havendo também influências fortes sobre como o sistema educativo implementa programas de literacia em saúde (Kickbusch et al., 2013; Nutbeam, 2008). Neste âmbito, importa também promover o incremento da literacia em saúde, ter indivíduos e comunidades ativas e capacitadas por forma a criar condições que favoreçam a tomada de decisões críticas face às suas opções.

Os comportamentos na área da saúde poderão resultar da interação de atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, também de tendências ou modas, ou seja, das características do estilo de vida individual (Kickbusch et al., 2013)

A elevada importância da adesão a estilos de vida saudáveis incentivou investigadores a desenvolverem investigações e trabalhos nesta área, abordando comportamentos ao nível do consumo de substâncias nocivas, alimentação, sedentarismo e, atividade física, condutas de elevado risco para a vida, comportamentos sexuais, cuidados de higiene e aparência, ocupação dos tempos livres e vigilância médica (Tietzen, 2010).

Um estilo de vida associado a poucos comportamentos de risco permitirá reduzir ou retardar a ocorrência e o desenvolvimento de danos para a saúde, permitindo uma vida mais saudável e com melhor qualidade de vida (Coelho & Santos, 2006)

Após se avaliarem alguns traços de personalidade e sua associação com os comportamentos de saúde. (Coelho & Santos, 2006) mostraram que os homens e mulheres com estilos de vida saudáveis teriam maior probabilidade de também serem extrovertidos e otimistas e serem pouco psicóticos e de possuírem crenças na influência dos “fatores do acaso” na manutenção da saúde. Este padrão poderia estar associado a presença de determinados comportamentos de saúde mais positivos em pessoas com redes de suporte social mais fortes (Gonzalez & Pais Ribeiro, 2004).

#### **1.4.2. Fatores de proteção e fatores de risco**

Perante o breve enquadramento anterior alusivo aos estilos de vida e à sua evidência quanto ao impacto na saúde, mais especificamente na dos jovens



universitários, procuramos de seguida mencionar aspetos inerentes ao risco e à proteção deste grupo populacional no que concerne à atividade física e sedentarismo, a comportamentos sexuais e a consumos de substâncias psicoativas tendo em conta que jovens estudantes do ensino superior, constituem um grupo vulnerável, pois com a entrada no ensino superior ocorrem inúmeras e variadas alterações (Mendes & Lopes, 2014; Pascarella & Terenzini, 2005), tais como o questionar os valores e hábitos que lhes foram transmitidos pela família ao longo da sua vida (Brito, Gordia & Quadros, 2016)

Diversos estudos apontam para que existe uma tendência de continuidade dos comportamentos de risco adquiridos no período universitário, para a fase profissional, além de que, as condutas de saúde desenvolvidas no período da adolescência e juventude podem ter um impacto significativo no desenvolvimento de doenças futuras (WHO, 2018 a)).

Os riscos associados à saúde assentam essencialmente ao nível dos consumos, dos acidentes rodoviários, da gravidez não desejada, da interrupção voluntária da gravidez (IVG), do VIH/SIDA e de outras ISTs, que podem comprometer o projeto de vida ou até mesmo a própria vida dos jovens (Matos et al., 2010; Nogueira, 2017; Reis, 2012). A prevalência destes riscos tem vindo sistematicamente a aumentar, em particular nos jovens adultos constituindo um problema importante de Saúde Pública, sendo consequentemente o foco de muitos trabalhos de investigação (UNAIDS, 2016; WHO, 2011; WHO, 2018 a))

#### **1.4.2.1. Atividade Física e sedentarismo**

A prática de atividade física é considerada como um elemento determinante dos estilos de vida saudáveis. Como afirmou (Camões, 2010) a atividade física é um determinante major de saúde. Pelo que ao invés, o sedentarismo é cada vez mais um grande determinante da ocorrência de problemas de saúde,

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018 a)), explica a atividade física como um qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos esqueléticos e que

requer o gasto de energia. A inatividade física foi identificada como o quarto principal fator de risco para mortalidade global, sendo que as atividades físicas regulares como a caminhada, natação ou andar de bicicleta, estão provados terem benefícios significativos para a saúde. A atividade física moderada, pode assim reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diabetes, bem como doenças do foro mental como a depressão (WHO, 2015 c))

Segundo a mesma organização a execução de alguma atividade física é melhor do que não realizar nada. Uma atividade física insuficiente é considerada uma das 10 principais causas responsáveis de mortalidade global bem como associada ao aumento das doenças não transmissíveis com impacto na saúde em geral (WHO, 2015 b)).

Segundo a OMS, o risco de morte é 20 a 30% maior em pessoas que apresentam baixa atividade física comparativamente às pessoas que realizam atividade física suficiente (WHO, 2015 b)).

Dos benefícios da atividade física regular para a saúde (WHO, 2015 d)), destaca-se: -Melhoria da aptidão cardiorrespiratória e muscular; -Melhoria da saúde óssea e funcionalidade; -Redução do risco de hipertensão, doença coronária, derrame, diabetes, cancro da mama e cólon bem como de depressão; -Redução do risco de quedas; -Maior equilíbrio energético e controlo do peso. Os benefícios da atividade física são atribuídos à libertação de hormonas, endorfinas, que produzem resultados protetores do sistema imunitário, previnem os efeitos negativos do stress e, os desequilíbrios físicos e mentais, melhorando a autoestima, a condição física e o funcionamento global (McGovern, 2005). Segundo (Baptista, 2010) os adultos que realizam mais de 30 minutos/dia ou mais de 60 minutos/dia no caso dos jovens de atividade física os benefícios para a saúde estão associados à prevenção da obesidade bem como das doenças cárdio-metabólicas e da saúde óssea.

O exercício físico é um aliado importante no tratamento de várias patologias e suas comorbidades, por efeitos diretos, como a redução da gordura corporal e dos níveis de colesterol e a melhoria cardiorrespiratória, ou indiretos, como a melhoria na autoestima e na sensação de bem-estar, com redução de sintomas depressivos. Há consciência inegável na comunidade científica de que além de tratar problemas de

saúde, o exercício físico previne problemas e reduz o agravamento de inúmeras patologias (Alcântara da Silva et al., 2015; DGS, 2019a; Ferreira, Silva & Ferreira, 2017; Silva et al., 2016).

Fernandes (2009) no seu estudo monográfico pretendeu perceber, se a atividade física prevenia ou tratava a toxicodependência. As suas conclusões foram que no consumo Cannabis não existem evidências que a atividade física previna o consumo ou provoque a abstinência deste consumo. No consumo de álcool parece que a atividade física protege o abuso de bebidas alcoólicas. No consumo de outras drogas parece que a atividade física previne e ajuda a tratar o abuso destas substâncias.

Outros estudos, com resultados semelhantes, também mostraram que a prática de atividades físicas e desportivas não atua necessariamente como um fator protetor para o uso de substâncias (Bedendo & Noto, 2015).

No que concerne mais especificamente às problemáticas de saúde relacionada ao uso de substâncias psicoativas, o exercício físico estimula a libertação de substâncias neurotróficas, propiciando a melhoria funcional considerável do sistema nervoso e até mesmo sensações de prazer e relaxamento, interfere de maneira positiva na prevenção e no tratamento da dependência (Ferreira, 2012). Além de que, prática de atividade física é considerada como um elemento determinante major dos estilos de vida saudáveis (Camões, 2010; Silva et al., 2019). O exercício físico tem sido proposto como adjuvante no tratamento da dependência de substâncias lícitas e ilícitas, complementando abordagens psicoterapêuticas e farmacológicas tradicionais (Zschucke, Heinz & Ströhle, 2012).

Pinheiro Andrade & Micheli (2016), tendo por objetivo avaliar a real contribuição das atividades físicas como método de prevenção ao uso de substâncias psicoativas, realizaram um estudo com 754 jovens em idade pré-universitária. Para avaliação do uso de substâncias utilizou-se o *Drug Use Screening Inventory* (DUSI), empregando apenas a tabela de frequência de uso de substâncias no último mês e a dimensão do inventário relativa a questões que abordam problemas associados ao uso de substâncias. Neste estudo, observou-se que, inversamente ao senso comum, os jovens do grupo com alto nível de atividade física apresentaram elevado consumo de

várias substâncias como álcool e cannabis. Os resultados encontrados propõem associação entre o nível de intensidade da atividade física e uso de drogas, e em hipótese alguma estabelece causalidade entre os fatos.

Greguol & Serassuelo (2018) enfatizam a importância do exercício físico para ter um estilo de vida mais saudável e o quanto é essencial os indivíduos dependentes não ter uma rotina sedentária, para que não fiquem vulneráveis a essas substâncias. Em contrapartida, só o exercício físico não é suficiente para ajudar o dependente químico, porém pode proporcionar mudanças significativas que fazem com que o indivíduo as aceite como auxílio para encarar o tratamento da abstinência.

Nas últimas décadas o estilo de vida ativo e o exercício físico têm sido consistentemente associados à saúde mental positiva e à ausência de estados adversos como a ansiedade, a depressão e a doença física (Dale, Brassington & King, 2014).

A recomendação do exercício físico como estratégia de prevenção e promoção da saúde foi estabelecida no âmbito da saúde física e também da psicologia (Leiva et al, 2017).

É reconhecida a existência de evidência da associação positiva entre o nível de atividade física e a saúde mental nos estudantes do ensino superior (Demers, 2013), além das diferenças significativas entre estudantes mais regularmente ativos e os inativos (Neto, Silva & Silva, 2019), no entanto, em Portugal pouco se conhece sobre a saúde mental, bem-estar ou o distress dos Estudantes do Ensino Superior (Andrade, 2010).

Um estudo exploratório do bem-estar psicológico com 560 estudantes do ensino superior do distrito de Lisboa identificou, entre os principais fatores de proteção para a saúde mental dos estudantes, praticar exercício físico e dormir o número de horas adequadas, reforçando assim a atividade física como preditor robusto do bem-estar psicológico (Nogueira & Sequeira, 2017). Os estudantes que praticavam exercício físico tendem a ter níveis de Saúde Mental significativamente superiores aos que não praticavam, em todas as subescalas utilizadas na investigação à exceção dos Laços Emocionais (Nogueira, 2017).

Segundo a OMS (WHO, 2018 a)), a nível global, na população adulta, com 18 ou mais anos cerca de 23% não eram suficientemente ativos em 2010 e com maior expressão no grupo feminino (27%) comparativamente ao grupo masculino (20%). Estes valores apresentam-se diferentes entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento: 26% dos homens e 35% das mulheres foram classificadas como insuficientemente ativos (países desenvolvidos) enquanto nos países tidos como em desenvolvimento (baixa renda) foi bastante inferior (homens 12% e 24% em mulheres) (WHO, 2015 c)).

De acordo com uma pesquisa sobre hábitos de atividade física em Espanha realizada por García-Ferrando & Llopis, 43% da População espanhola praticava atividade física em 2010. Estes dados afastam a população espanhola da realidade que se vive noutros países europeus, como nos países nórdicos, onde a taxa de prática de atividade física excedia os 70% (Ferrando & Goig, 2017).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, citando as estatísticas do Eurobarómetro sobre desporto e atividade física, indicou que 55% da população portuguesa (continente e ilhas) não tinham por hábito praticar desporto/exercício físico e que só 11% o faziam raramente (Silva et al., 2016).

Ainda de acordo com o Plano Nacional de Saúde , já numa revisão e extensão até 2020, a promoção do exercício físico ao longo de todo o ciclo de vida é absolutamente prioritária e insubstituível como fator protetor da Saúde (Silva et al., 2016). Além de que também os comportamentos e estilos de vida influenciam, de forma comprovada, a saúde, e períodos extensos de comportamento sedentário, como utilizar a viatura para qualquer tipo de deslocação ou estar sentado durante horas no local de trabalho, são um fator de risco para a Saúde, independente dos níveis de atividade física da pessoa, sendo que o mesmo é refletido na Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar (Silva et al., 2016).

Segundo esta mesma Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar (Silva et al., 2016), o desenvolvimento de um conjunto alargado de atividades orientadas para a diminuição do sedentarismo e para o incentivo à prática regular da atividade física, é essencial. Para ir ao encontro deste objetivo,

foram definidos objetivos e áreas de intervenção, fixando-se prioridades, para um conjunto de agentes que podem colaborar ativamente na promoção da atividade física.

O sedentarismo não beneficia a saúde nem a saúde mental (Cooney et al., 2013).

Apesar de alguma discussão nos dados encontrados na literatura entre a prática desportiva na adolescência e a sua relação na continuação de realização de atividade física na vida adulta (Alves, Montenegro et al., 2005) esta relação tem despertado interesse principalmente na diminuição de determinados riscos de saúde de que os adultos possam vir a sofrer.

#### **1.4.2.2. Comportamentos sexuais**

A sexualidade e a afetividade são componentes essenciais da intimidade humana e das relações interpessoais. São parte integrante da vida de cada indivíduo e contribuem para a sua identidade ao longo de toda a vida e para o seu equilíbrio físico e psicológico.

A sexualidade, de acordo com a Organização Mundial de saúde, é "uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental" (WHO, 1998).

A sociedade em que vivemos é uma sociedade plural em que coexistem, sobre esta matéria, valores muito diversos. Qualquer intervenção ou abordagem nesta dimensão deverá ter por base uma referência ética simultaneamente clara, abrangente do pluralismo moral e promotora do debate de ideias e valores (APF- Associação de Planeamento Familiar, 2019).

Os especialistas concordam que o mais importante é educar os jovens para um melhor e maior conhecimento da sua sexualidade. A sexualidade mais do que uma fonte de prazer é um direito. "Direito a uma sexualidade plena mas consciente, assente na capacidade de conhecer o seu corpo e na coragem de expor os seus gostos e as suas vontades", acrescenta a psicóloga (Fonseca, 2015).

Os comportamentos sexuais de risco são condutas que podem afetar o bem-estar ou mesmo causar problemas de saúde graves. O comportamento sexual de risco pode decorrer da atividade sexual com múltiplos parceiros, utilização inconsistente do preservativo ou por ter um parceiro consumidor de drogas endovenosas. Desta forma, podem surgir infeções sexualmente transmitidas (IST's) (SNS, 2019)

Também de acordo com o SNS, os comportamentos sexuais de risco podem ser evitados, nomeadamente pela prática de sexo seguro, pelo esclarecimento e apoio e pelo afastamento de influências negativas. A população deve ser esclarecida sobre a saúde sexual e reprodutiva, tendo direito ao acesso a métodos de planeamento familiar e a serviços de saúde que promovam o seu bem (SNS, 2019).

Para a maioria dos universitários o ingresso na universidade constitui um momento importante nas suas vidas, posto que iniciam sua experiência no mundo do trabalho e processam sua identidade profissional, a qual está acoplada ao processo de identidade adulta. Muitas vezes nesse período iniciam-se comportamentos sexuais de risco, como a negligência ao uso de métodos contraceptivos e à prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis (DST's) (Sant'Anna et al., 2008).

Como problemas que constituem atualmente o padrão comportamental de risco característico dos jovens adultos e que colocam em causa a saúde destes, temos nomeadamente o uso inconsistente de métodos contraceptivos e de preservativos, o número de parceiros, a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual (Matos et al., 2010; UNAIDS, 2016).

De acordo com o HBSC/JunP (Health Behaviour in School-aged Children) de 2017 (WHO, 2020) que se trata de um estudo desenvolvido em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, abarcando uma rede internacional de investigação constituída por 44 países europeus e da América do Norte, entre os quais Portugal, e que pretendeu estudar os comportamentos de saúde junto dos alunos do ensino superior português, destacam-se itens dignos de registo a nível da conduta sexual dos inquiridos:

-Para o item, Relacionamento amoroso atual, relações sexuais e idade da 1ª relação sexual:

Um quarto dos jovens universitários referiu que de momento não tinha nenhum relacionamento amoroso (24.9%) e cerca de um terço mencionou que nunca teve relações sexuais (32.3%). Dos jovens que referiram já ter tido relações sexuais (67.7%) a maioria refere que teve aos 16 anos ou mais (76.2%). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para o relacionamento atual, relações sexuais e idade da 1ª relação sexual (WHO, 2020 j));

-No que diz respeito à utilização de Métodos contraceptivos na última relação sexual:

A maioria dos jovens menciona ter usado método contraceptivo na última relação sexual (75.3%). A maioria dos jovens refere ter usado pílula e preservativo (78%), preservativo (73.7%) ou pílula (71.6%) na última relação sexual. Foram as mulheres quem mencionaram mais frequentemente ter usado preservativo na última relação sexual (WHO, 2020 j))

-No que concerne à prática de Relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas:

A grande maioria dos jovens referiu que já tinha tido relações sexuais referiu não ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (87.8%). Não tendo havido diferenças estatisticamente significativas entre os géneros e as relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas (WHO, 2020 j));

-Relativamente a Comportamentos de prevenção e riscos:

Mais de um terço dos jovens universitários referiu ter realizado o rastreio do VIH (40.7%). Uma minoria de jovens que teve relações sexuais (n=2024) mencionou ter engravidado sem desejar (6%), ter contraído uma infeção sexualmente transmissível (IST) (5.2%) e ter efetuado uma interrupção voluntária de gravidez (IVG) (4.5%). Face à comparação entre géneros Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os géneros e os comportamentos de prevenção e riscos (WHO, 2020 j));

-No que concerne à Educação sexual em contexto de sala de aula:

A maioria dos jovens afirmou que não teve aulas/sessões/conferências onde foi abordada a educação sexual (76.8%). Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros e a educação sexual nas aulas (WHO, 2020 j)).



Em Espanha, uma investigação levada a cabo por (Larius & Seda, 2017) da Escola de Enfermagem, Fisioterapia e Podologia, estudou na Universidade de Sevilha conhecimentos, atitudes e experiências em saúde sexual e contraceptivos e fatores relacionados a comportamentos de risco em estudantes universitários. Para as autoras, os jovens são um grupo de população com comportamentos sexuais de risco e apesar dos esforços para informá-los, é comum que eles adotem condutas de risco durante sua permanência na universidade.

Os resultados, obtidos no referido estudo, mostraram que existe um desconhecimento em relação à sexualidade responsável e ao uso de métodos de planeamento familiar entre estudantes universitários: uma elevada percentagem de jovens mantém relações sexuais sem proteção contraceptiva ou com métodos de baixa consistência, como o coito interrompido (Larius & Seda, 2017). O género é um importante fator condicionante no comportamento sexual. Assim, as meninas demonstram uma atitude mais saudável, tendo mais conhecimento sobre contraceptivos e exames de saúde nessa faixa etária (Larius & Seda, 2017). Além de que, recorrem mais frequentemente aos profissionais de saúde para esclarecer as suas dúvidas sobre saúde sexual e reprodutiva. No entanto, meninas e meninos mostram pouca informação sobre infeções sexualmente transmissíveis.

*Ibidem*, com base nesses resultados, as pesquisadoras argumentam que os estudantes universitários não têm um bom nível de educação sexual. E que se verifica ainda o permanecer, em contexto universitário, de muitos estereótipos associados à sexualidade, típicos de outros grupos geracionais. Assim, a proposta das investigadoras, à luz desses resultados, é que, no ambiente universitário, continuem sendo desenvolvidas campanhas saudáveis de educação sexual e reprodutiva.

Reis (2012), demonstrou que as mulheres tinham um conhecimento melhor e uma atitude mais preventiva quanto à tomada de riscos.

Pacheco (2012) na sua investigação, relativamente à de os jovens já terem tido relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas, 33.3% responderam afirmativamente. Cerca de 29.8% dos jovens já tiveram relações sexuais sob o efeito questão de álcool, havendo diferenças estatisticamente significativas entre géneros, tendo sido os homens que responderam em maior percentagem afirmativamente. Cerca

de 15% dos jovens já tinham tido relações sexuais sob o efeito de cannabis, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre gêneros, embora os homens respondessem afirmativamente em maior percentagem.

A Sociedade Espanhola de Contraceção (SEC) publicou resultados de uma Pesquisa Nacional com 2.200 participantes entre 15 e 49 anos. As principais conclusões deste relatório (SEC, 2016) sobre o padrão contraceptivo na primeira relação sexual indicaram que 2 em cada 10 adolescentes não usam contraceptivos na primeira relação sexual, onde isso ocorre mais comumente em homens.

O consumo de álcool em jovens é cada vez mais frequente todos os dias, independentemente do sexo. Como mulheres e homens usam álcool por diversão, por isso, é muito comum que ambos os grupos façam sexo sob efeito de álcool (Edelman, Cassell & Visser, 2017).

#### **1.4.2.3. Consumo de substâncias psicoativas**

O consumo de substâncias psicoativas pelos jovens universitários é uma área que gera inquietação social, justificada à luz dos diferentes estudos realizados e dos dados de que dispomos na atualidade sobre o uso e abuso destas substâncias.

As experiências durante o início na universidade são muito importantes para a permanência no ensino superior e para o seu sucesso acadêmico dos estudantes (Mendes & Lopes, 2014; Pascarella & Terenzini, 2005).

O ambiente universitário facilita o acesso dos jovens às substâncias psicoativas e alguns estudos demonstram que o consumo aumenta após a inserção neste meio. Segundo Segatto, et al., (2007), o consumo de Substâncias Psicoativas, representa um importante fator de risco para os indivíduos e as sociedades em todo o mundo. No que diz respeito aos comportamentos de risco, uma vez identificados os fatores, podem vir a ser o ponto de entrada ou o foco de intervenção para as estratégias e ações de promoção da saúde (Nutbeam, 2000).

Segundo Evangelista et al., (2018) a entrada na universidade, apresenta-se como uma fase de maior autonomia e emancipação, possibilitando novas experiências, mas

que ao constituir também um período de maior vulnerabilidade, faz com que estes jovens fiquem mais suscetíveis ao consumo de drogas e aos seus efeitos.

As substâncias psicoativas ou psicotrópicas (tabaco, álcool fármacos e outras drogas) modificam as funções sensoriais, o humor e o comportamento do indivíduo. Designadas de lícitas/legais ou ilícitas/ilegais, do ponto de vista legal, é fisiologicamente que estas substâncias mais se diferenciam, dado que atuam a nível do sistema nervoso central como depressores, estimulantes ou perturbadoras (American Psychiatric Association - APA, 2014a).

Rosa, Gomes & Carvalho (2000) equacionam a problemática do consumo de substâncias psicoativas a partir de três fatores: as substâncias, as pessoas que as consomem e o ambiente social circundante (sem descurar os aspetos biológicos, psicológicos e socioculturais que se relacionam também entre si).

*Idem*, firmam ainda, que os utilizadores destas substâncias procuram nelas um ou mais dos seguintes efeitos: o alívio da dor; a diminuição de uma atividade ou sensação desagradável; o aumento do nível de atividade e da sensação de energia e/ou redução da sensação de cansaço; a obtenção de modificações da perceção atual que o indivíduo tem do seu meio físico e social; a exploração interior, separação entre o espírito e o corpo, aumento da intensidade das experiências sensoriais; e o atingir diversos graus de euforia. Não obstante, independentemente das razões ou do tipo, todos os consumos têm efeitos nefastos na saúde do consumidor (APA, 2014; Cohn, 2009; DGS, 2019)

Múltiplas razões causam estados negativos ou de sofrimento psicológico que impelem o estudante do ensino superior a consumir substâncias psicoativas (Burriss et al., 2009).

De acordo com Santos (1999), a maior probabilidade de os jovens consumirem drogas ilícitas e/ou lícitas acontece na transição entre a adolescência e a vida adulta. Lomba, Mendes & Relvas (2006) sustentam que o início do uso de drogas, lícitas ou ilícitas, ocorre quase sempre por interferência do grupo de pares que é para o jovem um

grande ponto de referência, um espaço de aprendizagem e a busca de identidade. Assim, as drogas surgem como um recurso de socialização, facilitando a entrada no grupo e a integração com os pares.

Para Fonseca (2005), as limitações físicas ou crônicas, a baixa autoestima, os temores e as dificuldades para estabelecer relações interpessoais, a falta de capacidade para resolver problemas, a baixa tolerância à frustração, ao fracasso e à dor, a insegurança, a timidez e a instabilidade emocional são fatores que aliciam o jovem ao consumo de substâncias psicoativas. Concomitantemente, também existe a busca por sensações novas, desejo de independência, crise do desenvolvimento e crescimento, imitação de pessoas famosas, pressão do grupo de amigos, confusão de valores, carência de alternativas de lazer.

A amplitude epidemiológica revelada em diversas investigações feitas na Europa em meio escolar nas duas últimas décadas fizeram emergir a ideia de que os consumos regulares de álcool, tabaco, e cannabis são práticas do cotidiano dos jovens e fazem parte do seu estilo de vida.(WHO, 2020 j)) Alguns autores chegam a evidenciar que vivemos num tempo de “normalização” dos consumos apesar da sua ilicitude e da questão da quebra de normas que isso implica.

Relativamente ao álcool, este além de ser a substância psicoativa mais consumida no mundo (Barroso, Mendes & Barbosa, 2012), é também aquela que mais impacta a saúde pública.

Os estudantes do Ensino Superior consomem as bebidas alcoólicas, na sua maioria, durante as saídas noturnas, festas académicas ou férias e relaciona-se com divertimento, proporcionando um padrão de consumo de *binge drinking*, onde o ato de beber tem por objetivo atingir o estado de embriaguez (Rodrigues, 2006).

Também os hábitos de consumo têm vindo a iniciar-se cada vez mais cedo, sendo que no nosso país é por volta dos doze anos de idade que se dá a iniciação do consumo de álcool, sendo que este fenómeno é acompanhado de outros comportamentos de risco tais como o consumo de drogas, violência ou comportamentos sexuais de risco (Galvao et al., 2016).

No que concerne ao álcool, em Portugal, as políticas públicas estão inseridas num plano nacional que abarca os comportamentos aditivos e dependências e numa estrutura de Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool (Silva et al., 2016).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde, o consumo de tabaco assume contornos pandémicos, sendo considerado a sexta determinante de mortalidade dentro das oito principais causas de morte, constituindo potencial de agravamento nas doenças não transmissíveis mais prevalentes, em especial nas neoplasias, cardiovasculares, respiratórias, cerebrais e metabólicas. Apresenta também efeitos nefastos ao nível da sexualidade, fertilidade e mortalidade infantil.(DGS, 2019).

Relativamente ao tabagismo, os consumidores de tabaco, além de prejudicarem a sua própria saúde, prejudicam também aqueles que os rodeiam. É óbvio que o que tem sido chamado "fumo passivo" é perigoso para aqueles que sofrem, justificando plenamente as medidas de proteção que foram tomadas nos vários ambientes em que essas situações ocorrem. O consumo de tabaco, por exemplo, é considerado o principal fator de risco evitável para a saúde em todo o mundo, causando alta morbimortalidade na população. Aproximadamente 6 milhões de pessoas morrem anualmente por essa causa, das quais mais de 5 milhões são consumidores diretos de tabaco e mais de 600 000 estão expostas ao fumo ambiental do tabaco, como fumadores passivos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015 h)), 22% das pessoas com mais de 15 anos identificam-se fumadores habituais de tabaco.

A entrada de estudantes no ensino superior é considerada o alcance de uma vitória muito desejada, representando sentimentos positivos. No entanto constituir um momento crítico, de maior sensibilidade e vulnerabilidade para o consumo de álcool e outras drogas (Wagner & Andrade, 2008).

A problemática do consumo abusivo e dos seus efeitos tem gerado enorme discussão quer nos meios de comunicação social, quer no meio académico. O aumento da prevalência do consumo e dos problemas de saúde resultantes relaciona-se com o facto do consumo de álcool e tabaco serem consideradas consumos legais (Evangelista

et al., 2018). Ainda segundo o mesmo autor, as consequências nefastas do consumo de álcool vão muito para além dos problemas de saúde de quem bebe, acarretando enormes despesas sociais, consequências da menor capacidade produtiva, da violência, de atitudes e comportamento de sexuais de risco, de contágios, de mortes prematuras, distúrbios do sono, mudanças do hábito alimentar, de acidentes e prejuízo do seu desempenho físico e intelectual (Evangelista et al., 2018).

O consumo de álcool em jovens é cada vez mais frequente todos os dias, independentemente do sexo. Como mulheres e homens usam álcool por diversão, por isso, é muito comum que ambos os grupos façam sexo sob efeito de álcool (Edelman et al., 2017). O consumo de álcool em excesso, e outros comportamentos de dependência como o hábito de fumar, concorrem para uma variedade de problemas de saúde, como o enfarte do miocárdio, o cancro do pulmão, do esófago e doença pulmonar obstrutiva crónica (Jekel, Katz & Elmore, 2005; WHO, 2002)

O consumo exagerado de álcool está também frequentemente ligado a agressividade, a lesões acidentais, práticas sexuais desprotegidas e à dependência. De acordo com Ferreira (2008), a alcoolização e a embriaguez são usadas com frequência como mecanismo de defesa face a um problema ou conflito. Para esta autora, importa realçar que o contexto de cada estudante pode potenciar a sensibilidade e/ou a vulnerabilidade dos jovens à exposição a riscos. Embora, em ambientes socioeconómicos desfavorecidos com famílias disfuncionais, muitos jovens demonstram uma enorme potencialidade face a circunstâncias mais adversas com níveis de saúde relevantes.

### **Dados epidemiológicos nacionais e internacionais de estudantes universitários**

Estudos recentes demonstram que o consumo de cannabis aumenta o risco de depressão em jovens universitários homens (Large & Nielssen, 2013). O género masculino é um forte preditor de consumo de cannabis, e o baixo rendimento académico e risco de lesão grave são correlatos desse comportamento (Bulmer, 2015). Ainda que usada ocasionalmente a cannabis pode provocar efeitos adversos quer na saúde física quer na saúde mental (Arria et al., 2016).

De acordo com (Carapinha & Guerreiro, 2019), relativamente ao Consumo de cannabis e o género, em Portugal, temos que na população jovem (15-24 anos) são mais os homens a consumir mais (17.5%) em comparação com as mulheres (8.7%). Para consumos recentes essa diferença tem vindo a diminuir. Segundo as investigadoras os homens iniciam mais cedo e consomem durante mais tempo. Tanto em 2012 como em 2016 há mais homens do que mulheres a consumir cannabis diariamente.

Relativamente aos fármacos psicotrópicos - tranquilizantes e os estimulantes estes são frequentemente consumidos pelos jovens universitários sem prescrição médica, e usados em doses excessivas ou para efeitos não médicos (Evans & Sullivan, 2014; Kapil et al., 2014). Também a combinação e/ou o uso simultâneo de substâncias lícitas e ilícitas, com e sem prescrição, é uma prática habitual entre os estudantes do ensino superior (Oliveira et al., 2013). O consumo de qualquer um destes fármacos é um forte preditor de *distress* e problema de sono (Kapil et al., 2014).

De acordo com Calado & Lavado (2018), na sua investigação para avaliar as representações sociais, as perceções e as atitudes em relação aos comportamentos aditivos em geral, e ao uso de cannabis em particular, por parte da população jovem e jovem adulta presente na edição de 2018 do festival de música Rock in Rio – Lisboa, encontraram que a presente amostra, desde 2008, é aquela em que inquiridos demonstram um menor contacto e conhecimento acerca das substâncias psicoativas e a legislação. Da mesma forma, em comparação com os resultados de estudos anteriores, verifica-se uma menor associação simbólica entre substâncias psicoativas e a diversão, a sociabilidade e o contexto recreativo.

No estudo de Rodrigues (2013), onde participaram 218 estudantes do ensino superior que também identificou o álcool, cannabis e analgésicos como as substâncias em que os participantes revelaram maiores consumos, respetivamente: álcool 80.7%, analgésicos 31.7% e cannabis 20.6%. (Valores, ligeiramente mais elevados em comparação com o nosso estudo.)

Florêncio et al., (2019) num estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, através de um questionário autoaplicável, em 352 universitários, objetivaram detetar problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em universitários. Da sua amostra, 62.8% eram mulheres e 37.2% homens, com uma média

de idade de 21.8 anos. De entre os participantes, 54% realizam consumo de risco ou nocivo, e o álcool foi a droga mais utilizada, com 71.3%, dados dos últimos 30 dias. Concluiu-se um consumo de risco entre os universitários, que aponta a necessidade de ações de promoção e prevenção da saúde destes estudantes, a fim de evitar ou minimizar o agravamento da situação e deter conhecimento sobre fatores e repercussões na vida de consumidores o que se revela indispensável para que haja cuidado efetivo e eficaz.

Dados idênticos apresentaram Domingos & Domingos (2005) onde o álcool é a substância mais utilizada (69%), ficando os analgésicos em segundo lugar (34%). Já Ribeiro et al., (2020) na sua pesquisa que envolveu 937 estudantes do ensino superior, reconhecem na sua investigação o álcool como a substância mais consumida (78.7%), seguida da cannabis (23.4%).

Será de todo pertinente ter em conta que o consumo de álcool em contexto universitário poderá ser uma consequência de hábitos adquiridos anteriormente à entrada do estudante no ensino superior. De acordo com o SNS, o SICAD apresentou os dados relativos ao estudo “Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: ECATD – 2019 (Lavado, Calado & Feijão, 2019) realizado entre estudantes, dos grupos etários dos 13 aos 18 anos e segundo os dados apurados, o álcool é a principal substância consumida. A grande maioria (68%) dos inquiridos no estudo já ingeriu uma bebida alcoólica ao longo da vida e 38.2% referiram que o tinham feito nos últimos 30 dias. No que concerne ao consumo de canábis nos últimos 30 dias (5.6%) dos estudantes apontaram a sua utilização.

No Inquérito Nacional de Saúde de 2019, 69% da população com 15 ou mais anos declarou ter tomado bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, 22% nunca beberam na vida e 8% já beberam, mas não nos últimos 12 meses (Góis, 2019). Ainda relativamente ao álcool, também em 2019, foi realizada a 5.<sup>a</sup> edição do inquérito anual Comportamentos Aditivos (inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional) tendo se registado (68%) de prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica nos últimos 30 dias, aos 18 anos (Calado et al., 2020; Carapinha et al., 2020).



O SICAD (2020) promoveu em Portugal o Inquérito online de autopreenchimento, da iniciativa do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência dirigido a utilizadores de drogas com 18 ou mais anos, em cerca de 30 países europeus, tendo participaram neste inquérito 3188 consumidores de cannabis em Portugal. Nessa amostra de utilizadores de cannabis, 48% tinham entre 18-24 anos. E a totalidade dos inquiridos a frequentar o ensino superior era de 18%.

A cannabis é a substância psicoativa ilícita mais consumida, sendo a prevalência do seu consumo cerca de cinco vezes superior à do consumo de outras substâncias (EMDCDDA, 2019)..

Na juventude, são assim, inúmeros os desafios que são colocados aos jovens, acarretando não só novas oportunidades/escolhas, mas também novos desafios e riscos, sendo este considerado um intervalo crítico, de maior vulnerabilidade para o início e a manutenção do consumo de substâncias psicoativas (Wagner & Andrade, 2008).

As características individuais quanto à impulsividade em homens e mulheres podem ser consideradas influentes fatores para comportamentos de risco à saúde em indivíduos adultos jovens (Stoltenberg, Batien & Birgenheir, 2008).

Acredita-se que as mulheres são vulneráveis nos aspetos comportamentais e cognitivos, além dos aspetos biológicos, em resposta aos consumos, mas apresentam menor predisposição ao uso. Os homens, por sua vez, parecem apresentar maiores comportamentos de risco, sendo mais vulneráveis à procura por droga, com menores estratégias neuro químicas compensatórias (Scheffer & Almeida, 2010; Stoltenberg, Batien & Birgenheir, 2008)

Loureiro (2012), na sua investigação com 177 estudantes do ensino superior no sentido de verificar se existiam diferenças significativas no variável sexo, na autoperceção de consumos, permitiu observar que o sexo feminino tem uma classificação inferior do que respeita aos seus consumos em relação ao sexo masculino. No entanto, relativamente à manutenção de estilo de vida saudável encontrou 81.25% do sexo masculino, enquanto no sexo feminino o valor foi de 98.14%.

## 2| SAÚDE MENTAL

---

### 2.1. Qualidade de vida

Cada vez mais tem surgido a necessidade de compreender a Qualidade de Vida dos jovens a nível dos seus variados contextos de vivências. Além de que, se entendeu de especial importância a abordagem deste assunto, considerando que atualmente, as sociedades portuguesa e espanhola enfrentam períodos de grande mudança, fruto das alterações políticas e económicas do contexto atual que se repercutem a nível social e afetam o bem-estar dos indivíduos e em especial dos jovens.

Quanto à sua conceptualização há que ter em conta que o conceito de qualidade de vida começou por ser utilizado em inúmeras dimensões, tais como, económica, política, sociológica, histórica, só posteriormente é que se particularizou para a área da saúde e doença, sendo um objetivo central dos serviços de saúde, paralelamente a outros.

A qualidade de vida é um importante barómetro de impacto em saúde, por este motivo tem sido utilizada por profissionais de saúde, investigadores, economistas, administradores e políticos (Campos & Neto, 2008). De acordo com os autores não se trata de um conceito novo, mas a sua importância tem vindo a aumentar por diversas razões.

Para Neri (2005) a qualidade de vida está relacionada com a adaptação dos indivíduos e grupos, pertencentes a uma ou várias sociedades, em diferentes fases da vida.

Também (Loblet et al., 2011) corroboram que o conceito de qualidade de vida tem evoluído. Inicialmente, possuía uma base materialista, em que era dada prioridade aos aspetos objetivos da vida; atualmente, os aspetos subjetivos são considerados essenciais. Estes autores referem ainda que, atualmente, é consensual que este constructo tem um carácter multidimensional, incluindo componentes objetivos e subjetivos.

Uma das definições que traduz um conhecimento amplo, abrangente e complexo da qualidade de vida é a da OMS. Esta organização explica a qualidade de vida como a

percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do seu sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Campos & Neto, 2008; WHO, 2002) consideram este conceito de qualidade de vida genérico e indicam um outro ligado à saúde: o valor atribuído à vida, influenciado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, pelo seu agravamento e tratamento e a organização política e económica do sistema de saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde citada por Paduani et al., (2008, p.3), qualidade de vida *“é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos. Abrange toda a extensão de experiências humanas, estados, percepções e anseios conhecidos e pode incluir dimensões culturais, psicológicas, físicas, espirituais, interpessoais, financeiras, políticas, fisiológicas e temporais”*.

Assim deste modo, inevitavelmente a qualidade de vida determina também, os níveis de saúde mental do indivíduo em qualquer fase da vida em que e encontre.

## **2.2. Saúde mental**

A saúde mental é considerada um instrumento de ajuda, traduzindo-se sem dúvida como essencial ao bom funcionamento das sociedades. Quando o indivíduo se sente bem é mais produtivo, mais sociável, criativo, tem perspetivas futuras e sente-se feliz. Por sua vez, a felicidade implica a capacidade de amar, trabalhar, relacionar-se com os outros e controlar o meio (García-Viniegras & Benitez, 2000).

A integração da saúde mental na atenção primária possibilita que um maior número de pessoas tenha acesso a serviços, a um custo acessível, e contribui para a minimização do estigma e da discriminação (World Health Organization & Wonca, 2008).

De acordo com a definição de saúde mental apresentada pela OMS, a saúde mental é parte integrante da saúde, e é mais do que a ausência de doença mental estando intimamente ligada à saúde física e ao comportamento. Por outra perspetiva, a doença

mental reporta-se ao sofrimento, incapacidade e morbilidade devido a perturbações mentais e neurológicas, e por uso de substâncias podendo ainda surgir devido a fatores genéticos, biológicos e psicológicos, bem como a condições sociais adversas e questões ambientais (WHO, 2013).

A saúde mental é apreciada como um meio de ajuda que potencia a produtividade e a riqueza do país, sendo que se traduz fundamental para o bom funcionamento da sociedade e que deve ser alvo de elevada atenção política e pública. A relevância que a sociedade portuguesa atribui à saúde mental, tem aumentado. Diversos estudos revelam elevada importância na aposta e na identificação das necessidades terapêuticas de saúde mental nos cuidados de saúde primários (Serra, 2014).

Assim, a sua importância no nosso país tem vindo a proliferar, o que se evidencia pela existência de um Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017).

Embora as perturbações mentais afetem centenas de milhões de pessoas, um volume muito considerável destes transtornos não é identificado nem tratado, resultando num substancial encargo para os pacientes, família e comunidade (World Health Organization & Wonca, 2008)

Em Portugal, a literacia em saúde mental, definida como o conhecimento e as crenças acerca das perturbações mentais que suportam o seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm et al., 1997) ainda é muito baixa em relação ao que seria desejável (Loureiro et al., 2012).

Na última década, a saúde mental tem sido alvo de destaque, consequência sobretudo das crescentes evidências científicas, onde é realçada a importância da saúde mental nos distintos contextos da sociedade.

Em Portugal, desde 2011, nos centros de saúde, o registo de utentes com problemas mentais tem vindo a aumentar, mais especificamente as perturbações de ansiedade, as perturbações depressivas e as demências (DGS, 2017).

Thornicroft (2008) indica que, nos diferentes países do mundo, apenas dois terços das pessoas com algum tipo de doença mental recebem tratamento.

A procura de ajuda por parte dos jovens, dependerá tanto do tipo de problema de saúde mental que está a ser vivido, quanto do tipo de fonte de ajuda considerada apropriada para esse problema (Rickwood et al., 2005).

O Programa Nacional para a Saúde Mental - PNSM, (DGS, 2017) dedica a atenção para um maior rigor e qualidade na prescrição neste âmbito; aumento dos registos e referências de perturbações mentais nos Centros de Saúde e, para o reforço da prestação de cuidados e serviços especializados para as crianças/adolescentes/jovens e adultos. A esse respeito, Dos Santos, De Jesus & Ferreira, (2014), após uma exaustiva revisão da literatura, expuseram que, nos casos de depressão, os profissionais médicos são a fonte de ajuda menos escolhida pelos mais jovens, que as famílias e os professores são considerados fontes importantes de ajuda quando padecem de transtornos mentais e que a idade determina a compreensão da necessidade de ajuda, a diferenciação do tipo de ajuda e a frequência de ajuda a receber.

Quanto aos indivíduos com menor probabilidade de receber cuidados em saúde mental, Thornicroft (2008) cita jovens, idosos, homens, pessoas com baixos níveis de educação e membros de minorias raciais ou étnicas.

Quanto aos mais jovens (Rickwood et al., 2005) apesar da melhoria considerável nas condições de vida e no bem-estar físico, aumenta a prevalência de problemas e distúrbios de saúde mental. Os mesmos autores explicam que o risco a que a saúde mental dos mais jovens está exposta se deve a situações como: a separação dos pais, a entrada em um processo de consolidação da sua identidade, a necessidade de tomar decisões sobre a sua educação e vocação, o início da formação de relacionamentos íntimos e o desenvolvimento de grupos de socialização.

Melhor saúde mental em jovens, de acordo com Abhainath & Kedare (2016), estaria associado a melhor saúde física, comportamentos socialmente positivos e comportamentos de menor risco. Pelo contrário, os jovens com problemas de saúde mental, como a depressão, são mais propensos a apresentar comportamentos de risco, a isso se acrescenta o encargo económico e social das famílias e da sociedade, em termos de stress, custos de tratamento e incapacidade.

De acordo com o Estudo epidemiológico nacional de saúde mental de 2013, é de realçar que os grupos de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações

psiquiátricas são as mulheres, os mais jovens, e as pessoas separadas e viúvas. Estes grupos apresentam tendencialmente, diagnósticos mais severos, mas felizmente, também constituem os grupos que mais beneficiam de tratamento. As perturbações depressivas e de ansiedade afetam mais as mulheres, enquanto os homens apresentam mais perturbações a nível do controlo de impulsos e por abuso de substâncias (Almeida, et al., 2013)

A literatura aponta múltiplos determinantes da saúde mental cuja origem está associada às várias dimensões da pessoa: biológicas, psicológicas, socioeconómicas, ambientais e culturais.

O comportamento de procura de ajuda é essencial para a saúde mental e o bem-estar dos jovens. Se eles tiverem dificuldade em encontrar respostas eficazes para as suas necessidades de assistência em termos de saúde mental no que concerne a serviços e fontes de ajuda, os problemas e distúrbios de saúde mental representarão um grande obstáculo para a melhoria do seu bem-estar (Rickwood et al., 2005).

Os baixos níveis de literacia em saúde mental nos estudantes universitários poderão não só impedir ou dificultar o reconhecimento precoce dos problemas de saúde mental, bem como influenciar o comportamento de procura de ajuda (Loureiro et al., 2012).

Na opinião de Olivari & Guzmán-González (2017), a busca por ajuda em saúde mental é uma habilidade aprendida, adaptativa e relacionada ao bem-estar psicológico.

Nesse mesmo sentido, (Alexander, 2017) explica que a procura de ajuda aliada à intervenção específica precoce, está relacionada ao enfrentamento adaptativo e a resultados positivos diante de situações difíceis ou negativas às quais os mais jovens estão expostos e como o uso contínuo de estratégias de enfrentamento evitativo se traduz como um fator de risco para o aparecimento de doenças mentais neste grupo.

Orientar os jovens para a procura de apoio em saúde mental permitirá gerar conhecimentos que permitirão debater as várias teorias que tentam explicar o comportamento em saúde menos assertivo de uma considerável extensão da nossa sociedade, apreciada como o principal ativo do desenvolvimento atual emergente. Também significa optar por um modelo de intervenção em saúde que priorize a identificação dos fatores que explicam por que algumas pessoas têm maior

probabilidade de assumir comportamentos saudáveis ou colocam sua saúde em menor risco (Zavala, 2017). Para o mesmo autor, compreender melhor a procura de apoio em saúde mental permitirá ajustar políticas públicas para desenvolver estratégias mais eficazes. E sempre que houver a possibilidade de adequar os serviços de saúde às características dos diversos usuários dos serviços de saúde contribui-se para garantir um sistema de saúde mais equitativo e acessível às populações mais necessitadas.

Keyes (2005) afirmou empiricamente que a saúde mental e a doença mental não são fronteiras opostas de um único conceito, elas constituem eixos distintos, mas correlacionados, sugerindo que a saúde mental deve ser vista como uma condição própria. Desta forma, a ausência de doença mental não é igual à presença de saúde mental, mas ganhos em saúde mental diminuem a probabilidade de incidência de doença mental, e vice-versa (Keyes, Dhingra & Simoes, 2010).

Ao nível do ensino superior a saúde mental dos universitários, deverá representar uma importante questão de saúde pública, constatado o impacto destas perturbações a nível pessoal, social e académico (Certo, 2016), no presente e no futuro.

Ao ingressar na vida universitária, os jovens estudantes, na sua maioria, experimentam uma certa insegurança no que concerne ao novo estilo de vida (contactos sociais, papéis e rotinas que têm de desempenhar). Podem possuir expectativas positivas em relação à sua nova vida e são quase sempre partilhadas com a família e os amigos, com um certo orgulho (Bouteyre, Maurel & Bernaud, 2007; Ferreira, 2008; Mullins et al., 2016; Ramos & Carvalho, 2008; Tietzen, 2010). No entanto, às vezes, estas expectativas positivas podem dar lugar a expectativas negativas, sobretudo nos jovens universitários deslocados da sua área de residência, ou seja, a euforia motivada pelo ingresso cede lugar à tristeza e à saudade da família, dos amigos, da casa e do local onde se vivia (Nogueira & Sequeira, 2017; Nogueira, 2017; Reis, 2012a, 2012b).

Relativamente aos mais jovens, Rickwood et al., (2005) indicam que, apesar da melhoria considerável nas condições de vida e no bem-estar físico, aumenta a prevalência de problemas e distúrbios de saúde mental nesta fase. Os mesmos autores explicam ainda que o risco a que a saúde mental dos mais jovens está exposta se deve a situações como: a separação dos pais, a entrada em um processo de consolidação da sua identidade, a necessidade de tomar decisões sobre a sua educação e vocação, o início da

formação de relacionamentos íntimos e o desenvolvimento de grupos de socialização, comportamentos inerentes à entrada no ensino superior.

Segundo Vibe et al., (2013), os jovens universitários encontram-se na faixa etária em que surgem as primeiras manifestações de muitas doenças psiquiátricas sendo necessária uma chamada de atenção para possíveis reflexos de psicossomatização.

Torna-se crucial, a compreensão dos fatores subjacentes aos comportamentos e risco nos jovens universitários, bem como incidir na análise dos diversos estudos realizados no âmbito da saúde mental que têm considerado os jovens como um grupo social prioritário de intervenção (UNAIDS, 2016).

### **2.3. A doença mental**

A problemática afeta aos transtornos mentais é caracterizada por ser comum entre os diferentes países, e apesar do seu impacto sobre os indicadores de mortalidade e comorbilidade não ser tão óbvio quanto o de doenças ou distúrbios físicos, esta temática provoca um alto potencial de incapacidade para as pessoas que sofrem com eles.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) afirma que o desenvolvimento de um transtorno mental pode surgir em qualquer fase da vida, ocorrendo em 25% dos indivíduos. Segundo Alwan & Saeed (2015), em todo o mundo, uma pessoa em cada dez sofre de um transtorno mental e aproximadamente uma família em cada quatro tem um de seus membros com algum transtorno mental. Thornicroft (2008), aponta que, nos diferentes países do mundo, apenas dois terços das pessoas com algum tipo de doença mental recebem tratamento.

A doença mental em qualquer grupo etário da sociedade apresenta consequências muito significativas. Atualmente, as perturbações mentais são mais comuns do que o cancro, a diabetes ou as doenças do coração. O que a maior parte das pessoas desconhece é que as doenças psicológicas podem ser diagnosticadas e tratadas, tal como as doenças físicas (Ferro, 2013).

Segundo a Confederação de Saúde Mental de Espanha (2019), os problemas de saúde mental serão a principal causa de incapacidade no mundo em 2030 (Confederación Salud Mental España, 2019). Na Espanha: -6.7% da população do país é



afetada pela ansiedade, exatamente o mesmo número de pessoas com depressão. Em ambos, este valor é superior ao dobro nas mulheres (9.2%) do que nos homens (4%); - Entre 2.5% e 3% da população adulta tem um grave distúrbio mental. Isso significa mais de um milhão de pessoas; -Dois milhões de jovens de 15 a 29 anos (30%) sofreram sintomas de transtorno mental no último ano; -9% da população tem algum tipo de problema de saúde mental e 25% o terá em algum momento da vida, segundo a OMS; - 88% do trabalho de assistência e apoio a indivíduos com doença mental é realizado por cuidadores informais (família, amigos...); -Mais da metade das pessoas com transtorno mental que precisam de tratamento não o recebem e uma proporção significativa não recebe o tratamento adequado (Confederación Salud Mental España, 2019).

No mundo: - Uma em cada quatro pessoas terá um distúrbio mental em suas vidas; - 12.5% de todos os problemas de saúde são representados por transtornos mentais, número superior à doença oncológica e problemas cardiovasculares; - 1% da população mundial desenvolverá alguma forma de esquizofrenia ao longo da vida; - 50% dos problemas de saúde mental em adultos começam antes dos 15 anos e 75% antes dos 18 anos; - Entre 35% e 50% de pessoas com doença mental não recebem o tratamento ou não é adequado; -450 milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas por um problema de saúde mental que dificulta gravemente suas vidas; - Mais de 300 milhões de pessoas no mundo vivem com depressão, um problema de saúde que aumentou 18.4% entre 2005 e 2015 e - Cerca de 800000 pessoas cometem suicídio a cada ano, sendo a segunda principal causa de morte em pessoas de 15 a 29 anos, também de acordo com a Confederación Salud Mental España (2019).

A doença mental é um estado clinicamente diagnosticável que interfere significativamente com o normal funcionamento cognitivo, emocional e social do indivíduo, afetando homens, mulheres, crianças, diferentes nacionalidades e estratos socioeconômicos, assim como os familiares e amigos dos seus portadores (Proctor et al., 2014).

Visto que, ao nível da prevalência dos problemas de saúde mental nos jovens, estima-se que 50% dos indivíduos que virão a sofrer de um problema desta índole terão o início dos seus sintomas antes dos 18 anos (Kelly et al., 2011). Neste sentido, vários estudos epidemiológicos têm evidenciado que os jovens adultos (18-24 anos) estão particularmente em risco de desenvolver quadros psicopatológicos, sobretudo a

população dos estudantes universitários, que durante o período de transição para o ensino superior são confrontados por um conjunto de vulnerabilidades que importa salientar (Bouteyre, Maurel & Bernaud, 2007; Ferreira, 2008; Mullins et al., 2016; Ramos & Carvalho, 2008; Tietzen, 2010). Este período de transição e adaptação a um novo contexto predispõe, de certo modo, a que os estudantes se tornem um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais (Michael et al., 2006)(Michael, K. D., Huelsman, T., Gerard, C., Gilligan, T. M., & Gustafson, 2006).

Diversas investigações têm apontado para a elevada prevalência de perturbações mentais em estudantes universitários (Hunt & Eisenberg, 2010).

Um estudo que avaliou dez instituições de Ensino Superior em Hong Kong demonstrou elevados índices de depressão, ansiedade e stress nesta população (Wong et al., 2006).

Blanco et al. (2008) constataram que mais de metade dos universitários inquiridos tinha apresentado critérios para o estabelecimento de, pelo menos, um diagnóstico clínico com base no DSM-IV, sendo de realçar que cerca de 18% apresentava perturbações de personalidade, 12% perturbações de ansiedade e 11% perturbações de humor.

Neste sentido, a American College Health Association (ACHA), por exemplo, demonstrou que um em cada três estudantes se sentia de tal forma deprimido que considerava difícil ser funcional, e que cerca de um em cada dez referia ter ponderado seriamente o suicídio (ACHA, 2008, cit in Hunt & Eisenberg, 2010).

Dados mais recentes da American College Health Association (ACHA) referem que 43.7% dos estudantes do ensino superior apresenta níveis de stress acima da média e que 11% apresenta stress extremo; além disso, 8.6% dos inquiridos tinha diagnóstico de depressão e 8.6% apresentava diagnóstico de ansiedade (ACHA, 2014, cit in Nogueira,2017).

Hunt & Eisenberg (2010), verificaram, entre 2007 e 2009, que 17% dos jovens universitários pesquisados apresentava diagnóstico de perturbação depressiva e que 10% apresentava diagnóstico de perturbação de ansiedade.

Smith et al., (2015) também encontraram uma elevada prevalência de sintomas depressivos na sua investigação: 19% dos estudantes abraçados pela investigação

apresentava sintomatologia depressiva ligeira e 14.5% reportou sintomas moderados a graves.

A nível nacional, os valores de Silveira et al., (2011) foram ao encontro dos estudos internacionais, evidenciando as perturbações de ansiedade, depressivas e de personalidade como as mais comuns nos jovens universitários.

Resultados idênticos foram também obtidos nas investigações de Santos (2011) que evidenciou que 32% dos estudantes de nível académico superior apresenta uma saúde mental disfuncional, sendo que se denota o predomínio de perturbações depressivas, presentes em 15% dos casos. Além disso, a autora evidenciou, ainda, elevados níveis de stresse em 26% dos inquiridos.

Poeta (2018), objetivando a caracterização dos comportamentos de saúde e a saúde mental de estudantes universitários incluiu 339 estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI) na sua investigação e os resultados evidenciaram uma prevalência elevada de stress psicológico (17%), ansiedade (22%) e depressão (14%).

Bento et al., (2021) evidenciam que algumas das formas de mal-estar emocional e psíquico que analisaram no seu estudo sobre comportamentos de saúde e bem-estar dos estudantes do Ensino Superior Politécnico, poderão ter uma expressão e impacto importantes ao nível da saúde mental e física dos estudantes do ensino superior. Com efeito, cerca de um terço dos estudantes referiram sentir-se tristes ou deprimidos, pelo menos uma vez por semana, sendo esta percentagem semelhante à dos estudantes que referiram sentir-se sozinhos.

A Ansiedade, o Stress e a Depressão são alguns dos motivos que levam a que os estudantes procurem ajuda profissional (Pereira et al., 2006). Estes problemas psicológicos afetam várias áreas da vida do estudante, nomeadamente, funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e desempenho académico (Andrews & Wilding, 2004). Para Santos (2011), é crucial dar especial relevo ao estudo da psicopatologia em estudantes universitários, pois a evidência demonstra aqui um aumento de frequência e intensidade.

Referido por Certo (2016), no seu estudo desenvolvido no IPB, no ano letivo 2014/2015, relativamente aos estudantes que acediam ao gabinete de psicologia,

segundo a Psicóloga Clínica do Gabinete Clínico, 30% dos estudantes apresentando ansiedade, 15% ataques de pânico, 15% humor depressivo, 20% acontecimentos de vida traumáticos, 6% transtornos de personalidade, 4% perturbações alimentares e 10% outras problemáticas.

### **2.3.1. Ansiedade**

De acordo com a APA (APA, 2014), as perturbações de ansiedade caracterizam-se por excesso de medo e ansiedade associadas a perturbações do comportamento. Medo pode ser definido como sendo a resposta emocional a uma ameaça, seja ela real ou percebida, por outra perspetiva, a ansiedade é antecipar uma ameaça futura, existindo tensão muscular, estado de vigilância (em preparação para o perigo futuro) e comportamentos de esquiva ou apreensão. A diferença entre as perturbações de ansiedade e o medo ou ansiedade adaptativa é o facto de estas serem excessivas e prolongarem-se além de períodos apropriados para o desenvolvimento.

A ansiedade representa um mecanismo de alerta semelhante ao medo, e imprescindível para a sobrevivência humana, que capacita o indivíduo de estratégias para enfrentar o perigo surgindo quando o indivíduo se depara com uma situação onde percebe perigo, prevendo a ocorrência de algo ameaçador (Oliveira, Santos, Cruvinel & Neri, 2006).

De entre as principais características da perturbação de ansiedade generalizada destaca-se: “ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar”, para além de sintomas físicos, como inquietação, fadiga ou dificuldade de concentração (APA, 2014).

A ansiedade será, então, um estado emocional que abarca componentes psicológicos e fisiológicos que acompanha algumas vivências humanas (Almondes & Araújo, 2003; Ramos, 2013) É entendida como uma emoção caracterizada por um alerta tenso e fisicamente exaustivo, focalizado num perigo ou emergência iminente e inevitável, embora não objetivamente aparente, com uma incerteza dolorosa sobre a possibilidade de se resolver a situação (Motta et al., 2015; Steiner et al., 2017).

A ansiedade é um fenómeno multifacetado, emocional e físico que se manifesta de forma diferente em todas as pessoas e é comumente expresso através de preocupação, medo ou stress (Steiner et al., 2017).

A ansiedade evolui para patológica quando apresenta uma extrema intensidade e duração, e acompanha uma resposta desproporcional ao estímulo que a provocou, ou mesmo na ausência desse estímulo desencadeando uma perceção desproporcionada do perigo e a crença de que é incapaz de enfrentar a situação (Hetem, 2004).

Callegari (2000) escreveu que os problemas laborais constituem as principais fontes de ansiedade evidenciada nos homens, enquanto nas mulheres são os (problemas relacionados com a saúde e com a família. Quanto à idade, a mesma autora referiu que as avaliações académicas constituem a principal fonte de ansiedade em jovens entre os 15 e os 24 anos; alterando para os problemas de emprego entre os 25 e os 34 anos, para os problemas económicos e profissionais a partir dos 35, e para os de saúde nos mais velhos (depois dos 65 anos).

Serra (2014) constatou que em 2012, relativamente à ansiedade, a maior parte da população portuguesa se apresentava ansiosa. Quanto à média da União Europeia, Portugal está entre os países com maior percentagem de indivíduos ansiosos e França é o país onde o nível de ansiedade é superior.

Num estudo realizado por Costa & Oliveira (2012) verificou-se que 58.34% dos alunos do 1ºano mostraram sintomas mínimos de ansiedade, 25% sintomas leves e 8.33% sintomas de nível grave. Os mesmos autores evidenciaram que os alunos de 1ºano apresentaram sintomas de ansiedade em níveis superiores aos dos alunos que estão a concluir o curso, devido às expectativas sobre o curso.

Marchi et al., (2013) numa investigação evidenciaram que dos 308 estudantes avaliados, 34% apresentaram ansiedade leve, 24% ansiedade moderada e 12% ansiedade grave, ressaltando a importância de uma intervenção para que se evite alterações na formação da identidade do estudante, bem como na sua qualidade de vida.

Existem algumas tarefas de vida que conduzem à redução da ansiedade. Um dos aspetos importantes é que a ansiedade diminui consoante o aumento da satisfação dos estudantes com as suas amizades (Foster et al., 2016).

Quando os estudantes procuram os serviços de apoio e aconselhamento psicológico, referem em primeiro lugar problemas de ansiedade, seguindo-se as preocupações académicas e em terceiro a depressão (Edwards & Holden, 2001).

Para Ávila-Toscano et al., (2015), a ansiedade pode estar também associada ao aumento do consumo de café, tabaco ou álcool, a horas reduzidas de sono, distúrbios comportamentais entre outros comportamentos.

Ao mesmo nível da ansiedade e da depressão, também o stress, que abordamos de seguida, acompanha a vida das pessoas, conduzindo a um conjunto de problemas com impacto na saúde (Callegari, 2000).

### **2.3.2. Depressão**

Desde a remota antiguidade que se tem procurado compreender a depressão, chegando a ser entendida como um elemento da natureza humana impulsor de criatividade, onde o sofrimento chega a ser parte da poesia (Paranhos & Werlang, 2009). No caso específico de Portugal, temos o exemplo do fado (estilo musical tradicionalmente português), onde se aprecia a tristeza e a saudade, e se adota uma postura de resignação e não de superação desta tristeza; a qual parece caracterizar a sociedade portuguesa (Moreira & Melo, 2005).

Universalmente, a depressão é ponderada como a terceira causa de doença, mas prevê-se que em 2030, suba para primeira causa de doença em todo o mundo (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012).

A depressão é uma doença psiquiátrica frequente na sociedade, descrita por humor deprimido, perda de interesse e de prazer, culpabilidade, baixa autoestima, alterações do sono e do apetite, astenia e alterações da concentração. Estes sintomas afetam a pessoa tanto a nível emocional, intelectual e social, podendo em situações graves conduzir ao suicídio (WHO, 2015 c)). A etiologia da depressão é multidisciplinar e multifatorial, podendo ser entendida como produto das experiências anteriores ou atuais de vida (Monteiro, 2012).

Saraiva & Cerejeira (2014), declaram que 154 milhões de indivíduos apresentam altos valores de depressão, 91 milhões possuem problemas de alcoolismo, 25 milhões sofrem de esquizofrenia e 15 milhões de consumo excessivo de drogas (WHO, 2018).

Segundo Paranhos & Werlang (2009), estima-se que a percentagem de cifras negras (casos não identificados) ronde os 50% para o diagnóstico e tratamento da depressão colocando em causa a qualidade de vida destes indivíduos. A sociedade no processo de evolução tem vindo a destituir as crenças e superstições que serviam de explicação para o fenómeno da depressão, o que possibilitou o emergir do saber científico nesta area, proporcionando outra direção para os transtornos mentais, mudando o conceito de depressão bem como os métodos de tratamento (Quevedo & Silva, 2013).

De acordo com Merrell (2008) os jovens que mostram depressão e ansiedade moderada ou severa tem probabilidade de sofrer um decréscimo do desempenho académico. Quanto mais elevada for a sintomatologia de depressão, menor é a capacidade de concentração, a energia física e mental do estudante para conseguir realizar as suas atividades académicas, assim como a sua motivação. Além disso, assumem-se como responsáveis do decréscimo do desempenho académico as alterações de sono, a baixa auto estima e a autoavaliação negativa que vulgarmente acompanham os elevados níveis de depressão (Merrell, 2008).

De acordo com a Sociedade Espanhola de Medicina de Adolescência (SEMA) (SEMA, 2019) 5% dos adolescentes espanhóis sofrem de depressão e entre 10 e 20% têm problemas de ansiedade, conforme evidenciado no VI Curso sobre Saúde Integral na Adolescência, organizado pela SEMA, no Hospital Universitario de La Paz, em Madrid.

Na investigação de Campos & Gonçalves (2004) da sua população de estudantes, 9% apresentava-se disfóricos ou deprimidos.

Num estudo realizado por (Santos, 2011) com 666 estudantes da Universidade de Aveiro, este identificou que 15% dos estudantes apresentavam sintomatologia depressiva e 26% com elevados níveis de *stress* (citado por Almeida, 2014).

Também no estudo de Pereira et al., (2009) os resultados apontaram para uma elevada prevalência de depressão entre estudantes do ensino superior.

Algumas investigações revelam que este estado emocional (depressão) tem aumentado no grupo dos estudantes universitários, essencialmente devido às profundas transformações ocorridas a nível económico, social e cultural, por isso alguns autores têm chamado o século XX de “A Era da Ansiedade” (Almondes & Araújo, 2003; Chaves et al., 2015).

As estudantes do género feminino apresentam, também, uma maior propensão a apresentar sintomas de depressão, ansiedade e distúrbios alimentares (Eisenberg et al., 2007).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2017), ao nível dos cuidados de saúde primários, em Portugal, a nível proporcional temos que, com mais elevado número de registos temos as de utentes com perturbações depressivas, seguidas das perturbações de ansiedade e, finalmente, as demências

### **2.3.3. Stress**

A depressão, a ansiedade e o stress são perturbações que afetam inúmeros indivíduos, que estão associadas a inúmeras doenças graves e mortais (Callegari, 2000; França & Rodrigues, 2005), e que interferem com o funcionamento geral e com a qualidade de vida (Bernik, 2000).

O termo stress é bastante usado na linguagem do senso comum, bem como nos meios de comunicação social, e é já considerado como uma doença ícone do século XXI, tal como o desenvolvimento das novas tecnologias e as mudanças do estilo de vida, afetando milhões de pessoas em todo o mundo.

O conceito de stress foi definido nos anos trinta, como uma perturbação da homeostasia ou resposta não específica do organismo a toda as reivindicações, muitas vezes confundido com o conceito de ansiedade, surgindo nas Ciências da Saúde e na Psicologia, com Hans Selye e Walter Cannon, este conceito é vulgarizado.

Selye (1984) considerado o pai do stress, chega mesmo a afirmar, que “*o stress é um elemento natural da vida. Está em qualquer lugar; não podemos evitá-lo, nem seria adequado fazê-lo se pudéssemos*” (p. 202).



(O mesmo autor distingue ainda, dois termos diferentes: o “*Eustress*” e o “*Distress*” como forma de constatar uma dupla valorização do stress. O primeiro, *Eustress* alude a situações e experiências em que o stress produz resultados e consequências positivas, pois induz a estimulação e a ativação adequada para que o indivíduo alcance resultados satisfatórios nas suas atividades (e.g., casamento, nascimento de um filho, promoção no local de trabalho, novos amigos, ganhar dinheiro). O segundo, *Distress*, refere-se a situações e experiências pessoais desagradáveis e com consequências nefastas para a saúde e bem-estar psicológico, sendo esta a razão pela qual, este segundo aspeto tem recebido mais atenção por parte dos investigadores (e.g., divórcio, morte de cônjuge ou filho, dificuldades financeiras, contrariedades no local de trabalho).)

O stress pode capacitar o indivíduo para lidar com situações de mudança e adversas; proporcionando uma melhor perceção dessas situações e das suas consequências; permite um processamento mais rápido da informação e capacidade de resolução de problemas; e, aumenta a motivação, energia e produtividade (Pinto et al., 2015).

Alterações que exijam adaptação ou respostas, mentais ou emocionais podem dar origem a uma situação de stress. Dependendo dos contextos os conceitos de stress podem variar entre o stress como resposta biológica, o stress como um evento ambiental e o stress como uma transição entre o indivíduo e o ambiente (Galvão et al., 2017).

O stress, quando em níveis elevados, tem consequências sérias no bem-estar dos indivíduos originando, com frequência, cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, crises de ansiedade e de humor, e doenças físicas devido à diminuição do funcionamento imunitário (Lipp & Malagris, 2001; Lipp, 2006; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

Os primeiros estudos sobre esta área temática reportam-se à década de 70 e desde então várias investigações têm sugerido que o desempenho académico é a preocupação principal dos estudantes, particularmente nos primeiros anos da universidade e, as situações percebidas como principal fonte de stress são os exames, questões financeiras, receio de falhar em tarefas específicas e posteriormente as decisões relativas à carreira (Benjamin, 1987).

De acordo com Luz et al., (2009) fruto de uma investigação levada a cabo pelos autores, os estudantes do 1º ano apresentam níveis mais elevados de stress quando comparados com alunos dos anos mais avançados, sendo esta situação justificada pelas mudanças inerentes ao início do período universitário e à sua adaptação. Os mesmos autores constataram que o stress varia em termos de género, verificando-se que as raparigas quando comparadas com os rapazes apresentam níveis mais elevados de stress.

Segundo Veríssimo et al., (2011), as mulheres parecem ser mais vulneráveis às manifestações de stress do que os homens e que as mulheres traduzem mais manifestações físicas e cognitivo-emocionais, enquanto os homens evidenciam um maior predomínio de manifestações comportamentais.

É importante realçar que os jovens universitários se encontram na denominada adultez emergente, uma fase da sua vida pautada pela instabilidade e propicia ao desenvolvimento de determinadas perturbações, como stress e sintomatologia ansiosa (Arnett, 2006).

No estudo de Zampieri (2013) com jovens universitários encontrou maior prevalência de sintomas de *stress* do que de depressão e ansiedade. O estudo de Bayram e Bilgel (2008) avaliou as mesmas problemáticas e também encontrou níveis de perturbação moderados em todas as patologias e destacam que a satisfação com a educação está associada a níveis inferiores de perturbação.

Na gestão do stress são utilizadas Estratégias de coping. Destas destacam-se as adaptativas, o relaxamento, a medicação, a comunicação interpessoal, a resolução do problema, animais de estimação, música e outros (Lazarus & Folkman, 1984).

Poeta (2018) perspetivando caracterizar os comportamentos de saúde e a saúde mental de estudantes do ensino superior incluiu 339 estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI) na sua investigação e os resultados demonstraram uma prevalência elevada de stress psicológico (17%), ansiedade (22%) e depressão (14%).

#### **2.3.4. O contexto pandémico**

Não podendo descurar o atual e evolutivo contexto pandémico, visto que, no final de 2019 se assistiu ao despoletar de uma nova doença - a COVID 19 – que em

aproximadamente três meses (março de 2020) foi considerada uma pandemia pela World Health Organization (WHO, 2020). Facto que alterou o mundo e o comportamento humano. Assim, tendo em conta as atuais mudanças na vida e nas rotinas dos estudantes universitários têm surgido estudos que revelam que a atual pandemia se encontra associada a aumento da sintomatologia de ansiedade, depressão (Salman et al., 2020) e a dificuldades de adaptação ao enfrentar das contingências globais originadas pela pandemia (Ribeiro et al., 2020).

Foi realizado por Barros & Sacau-Fontenla (2022) um estudo transversal numa amostra de 478 estudantes universitários em Portugal onde se utilizou escala de Depressão Ansiedade e Stress para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e stress. Resultados: 32%, 28% e 24% dos universitários apresentam níveis graves ou extremamente graves de ansiedade, depressão e estresse, respetivamente.

Ainda neste contexto, também os estudos realizados em diversos países têm apontado para resultados similares.

Um estudo realizado recentemente em Espanha por Marques et al., (2021), por exemplo, revelou a existência de sentimentos negativos, tais como o medo, a preocupação e o stress nos estudantes universitários, sendo possível verificar a existência de níveis moderados a graves de ansiedade e depressão nesta parte da população. Este estudo, envolveu 608 alunos da Universidade de Valladolid, dos quais a maioria dos entrevistados eram mulheres (74%) e teve como objetivo explorar o impacto do COVID-19 na saúde mental de estudantes universitários na Espanha e explorar as suas atitudes em relação à procura de cuidados mentais, concluindo que a atual situação de pandemia teve um impacto significativo e desfavorável na saúde psicológica dos estudantes universitários na medida em que os resultados mostraram que 52.1% dos respondentes foram classificados com níveis/Scores de alto, 30.1% como grave e 17.8% como normal. (Os Scores mais elevados indicavam a probabilidade de os entrevistados sofrerem de dificuldades psicológicas.)

Na Grécia, um outro estudo verificou que a maioria dos estudantes universitários, revelou níveis elevados de ansiedade, de depressão, de pensamentos suicidas e também um aumento na quantidade de sono, embora a qualidade tenha diminuído. Mais especificamente, os resultados da análise das respostas a um inquérito

online, junto de 1000 estudantes universitários, sobre o impacto do confinamento na sua saúde mental referem que os participantes relataram mudanças com aumento da ansiedade (73.0%), depressão (60.9%) e tendência geral ao suicídio (20.2%); a quantidade de sono aumentou em 66.3% mas a qualidade piorou em 43.0% (Kaparounaki et al., 2020).

Antunes (2021) no seu estudo, “A saúde mental de estudantes universitários em tempo de pandemia” percebeu, igualmente, que existiam estudantes universitários que reportavam níveis de moderado a muito severo nestes indicadores de saúde mental. Nomeadamente, 43.3% dos estudantes que participaram na sua investigação revelaram níveis moderados a muito severos de depressão, 36.7% de stress e 33.8% de ansiedade. Estes resultados foram tidos como expectáveis e consistentes com a literatura que aponta que os estudantes universitários revelam níveis significativos de ansiedade, depressão e stress moderados a graves durante a pandemia (Lee, Jeong & Kim, 2021; Saadeh et al., 2021).

Os valores de estudos recentes, tendo em foco o pós aparecimento da Covid 19- “Pós Covid 19” apontam para que os estudantes universitários têm vindo a ser apreciados. como um grupo suscetível ao sofrimento psicológico face a situações de crise, e mais especificamente face à COVID-19 e a todas as mudanças que a doença trouxe para as suas vidas (Salman et al., 2020). Deste modo, a literatura mostra-nos que a pandemia parece ter um impacto psicológico nos estudantes do ensino superior e que este impacto se manifesta através de sintomas de ansiedade, depressão fragilizando a sua saúde mental (Ribeiro et al., 2020).

Apesar das adversidades do momento atual, é expectável que os estudantes universitários “ao longo do tempo ajustem as suas respostas de modo a retomar o sentido de equilíbrio” (Ribeiro et al., 2020,p.27). No entanto, de acordo com Mateus et al., (2020), é provável que as reações de stress perante a pandemia sejam de curta duração, ainda que para um grupo mais pequeno de pessoas se suponha que os sintomas de ansiedade, depressão e stress se prolonguem no tempo, assim como no consumo de substâncias.

### 3 | SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

---

As características individuais remetem para o grau da resistência ou grau de colaboração do indivíduo perante os diferentes fatores de risco ou fatores de proteção (Achirica et al., 2002).

Ao longo do seu processo global de desenvolvimento o jovem é confrontado, nos inúmeros contextos em que se insere, com um conjunto de tarefas desenvolvimentais e papéis de vida que requerem adaptações evolutivas e transformações permanentes (Arnett et al., 2001; Arnett, 2006; Brandão, Saraiva & Matos, 2012; Carneiro & Sampaio, 2015; Chickering & Reisser, 1993; Erikson, 1982; Flowers et al., 2001; Mota, 2005; Pascarella & Terenzini, 2005).

Apesar de se considerar que estes acontecimentos são vivenciados de modo universal pelos jovens, existirem grandes diferenças individuais na forma como os indivíduos reagem e lidam com os mesmos (Bonanno & Kaltman, 1999).

Nestes processos de adaptação, o indivíduo nem sempre dispõe dos recursos intra e interpessoais necessários e suficientes, para dar resposta às exigências com que se depara (Casanova, Araújo & Almeida, 2020). Nesta conjuntura, pode assim, iniciar trajetórias de adaptação ou utilizar estratégias de coping com recurso a mecanismos cognitivos e comportamentais para fazer face a estas situações.

Relativamente às estratégias de coping, a definição mais aceite na literatura é a de que são: “esforços tanto orientados para a ação como intrapsíquicos para lidar com as exigências que forcem ou excedem as capacidades e recursos pessoais; o coping traduz as tentativas para resolver, tolerar, reduzir ou minimizar as exigências externas ou internas com que a pessoa se confronta” (Lazarus & Folkman, 1984).

Quando essas estratégias se apresentam como deficitárias, ou seja, menos eficazes e inadequadas para lidar com tais desafios, poderão resultar em perturbações mentais (ansiedade, depressão e stress) e/ou comportamentos desviantes (Borges et al., 2008; Cleto & Costa, 2000; Compas et al., 2001) ou de risco, como por exemplo, o consumo de substâncias psicoativas.

### 3.1. Contextualização evolutiva do uso de substâncias

O consumo de substâncias psicoativas traduz-se, atualmente, como um verdadeiro fenómeno de progressiva expansão na sociedade contemporânea, com consequências a todos os níveis (Carapinha & Guerreiro, 2019; SICAD, 2020). Porém, segundo Fonte (2006), o comportamento de consumo e utilização de substâncias pode ser conotado como histórico devido à sua utilização, desde os tempos mais remotos para fins culturais, medicinais como forma de cura de doenças e até em manifestações de índole religiosa. Assim, desde a antiguidade, que no seu dia a dia, o homem faz uso dessas substâncias e gradualmente passou até a utilizá-las tanto para suportar algumas adversidades no ambiente em que vivia, como para contrariar o cansaço e até de modo recreativo.

Também Pratta & Santos (2006), citando Palha e Bueno (2001), salientam, igualmente, que no passado, as drogas eram empregues com a finalidade de potenciar a força e coragem para as lutas do trabalho e nas quezílias para fazer vingar a honra pessoal e coletiva. E que o homem tem procurado, desde sempre, maneiras de aumentar o prazer e diminuir o sofrimento, porém é importante salientar que eram as circunstâncias, os hábitos e costumes da sociedade que direcionavam para o uso de drogas, quer através de cerimónias, quer em rituais e festas, sendo que este consumo era restrito a pequenos grupos (Pratta & Santos, 2006). No contexto atual, encontra-se o inverso, pois o consumo das substâncias referido não é caracterizado como elemento de integração, fator de coesão social e emocional, mas um elemento de perturbação social e de desintegração problemática (SICAD, 2020).

Atualmente, segundo (Silva, 2012b), são muitos os desafios que se apresentam perante esta temática, quer na relação com os contextos onde esta problemática se insere quer nas condicionantes que a mantêm e que a constroem.

“A história das drogas é a história da humanidade. Fizeram parte essencial da sua cultura, dos seus rituais religiosos, das suas relações humanas... evoluindo ao mesmo tempo que os homens e as mulheres que as consomem” (SICAD, 2020)

De acordo com a recente literatura, são inúmeras as razões para o início do consumo de substâncias psicoativas, podendo estas oscilar entre indivíduos, e até ao longo do curso de vida de um mesmo indivíduo (Semple & Smyth, 2013).

As drogas foram entendidas como benéficas ou nocivas em função da sua época de enquadramento, da cultura em que se inseria o seu uso e, sobretudo, em função do padrão e dos motivos subjacentes ao seu uso. Atualmente as drogas encerram diferentes significações, dependendo do ponto de vista sob o qual são olhadas (Lomba, 2012).

Razões como por exemplo, o relaxamento, tentativa de esquecimento de problemas do quotidiano, procura de um estado high, efeitos de prazer imediato, norma cultural em algumas subculturas, “automedicação” para ansiedade, fobia social, timidez, insónia, sintomas de doença psicótica e prevenção do desenvolvimento de sintomas de abstinência (Balsa, Vital & Urbano, 2014; Semple & Smyth, 2013)

Por sua vez, a propensão para o consumo de substâncias psicoativas também pode ser explicada através de um reflexo problemático de uma infância tida como difícil, sendo o individuo sujeito a vários stressores que possam precipitar a busca por substâncias e perpetuá-la na vida adulta (Post & Kalivas, 2013).

Inicialmente o vínculo às drogas era referenciado à ligação com os problemas individuais ou coletivos, no entanto presentemente, o uso das substâncias psicoativas está também diretamente relacionado com a diversão e o prazer (Calafat et al., 2004). Ou seja, no quotidiano das sociedades contemporâneas e ocidentais, a utilização das substâncias psicoativas ficou disperso, abrangendo indivíduos dos diversos grupos sociais com a finalidade, predominantemente recreativa, ligada à procura de emoções fortes e diversão (Lobo, 2008; Lomba et al., 2006; Lomba & Apóstolo, 2009; Lomba, 2012).

## **3.2. Droga e toxicodependência- Conceptualização**

### **3.2.1. Droga**

A diversidade de áreas que contribuem para a conceptualização deste termo torna difícil a produção de uma definição consensual ou uma do conceito droga (Fonte, 2006).

O senso comum sugere-nos que a palavra droga provavelmente tem origem francesa (*drogue*) ou holandesa (*droog*) e, originalmente, referia-se às folhas secas utilizadas nos tratamentos de doenças na antiguidade.

Algumas expressões conhecidas atualmente têm relação direta com essa temática. O termo *drogaria*, por exemplo, alude aos locais onde as substâncias utilizadas em tratamentos, como as folhas secas, eram compradas. O homem sempre teve uma relação com a natureza extremamente próxima, e a utilização das plantas no seu quotidiano foi crucial para o conhecimento de suas diversas propriedades, como a existência de substâncias psicoativas.

No entanto, um primeiro conceito relacionado a substância psicoativa remonta à antiga Grécia, e foi interpretado como um curativo e um veneno numa só substância, o «*pharmacon*» (Escohotato, 2004).

Para o Schukcit (1998), as «*drogas*» são descritas como substâncias com capacidade de afetar o humor, a percepção, o funcionamento cerebral e a consciência. Identificando as drogas como sendo substâncias que modificam o Sistema Nervoso Central, tornando-as psicoativas e passíveis de causar dependência no consumidor. Embora a classificação das substâncias consiga variar entre lícita e ilícita, é fator transversal a todas essas as alterações provocadas pelos consumos no organismo do consumidor. Também Dupont (2005), aborda as «*drogas*» como substâncias químicas que alteram a autonomia natural do cérebro.

A World Health Organization & Wonca (2008) define o conceito de «*droga*» como uma «*substância psicoativa*» que quando inserida num organismo vivo é capaz de alterar uma ou mais funções, afetando os processos mentais, tanto cognitivos como



afetivos. Droga “é toda a substância que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções”.

A definição anterior abrange substâncias ditas lícitas - bebidas alcoólicas, tabaco e certos medicamentos – e, igualmente, as substâncias ilícitas como a cocaína, LSD, ecstasy, opiáceos, entre outras. Pela influência que aplica no organismo, altera o funcionamento respiratório, cardíaco, imunitário, digestivo e, sobretudo, o funcionamento do sistema nervoso central (Silva, 2011). Estas repercussões atribuem-se ao facto deste tipo de substâncias acumularem propriedades psicoativas, que alteram o normal funcionamento do corpo humano, e causam dependência (WHO, 2015 h)).

Para Henriques (2002), o consumo das substâncias psicoativas, com a crescente globalização e o consumismo generalizado do quotidiano, além de aumentar também se diversificou. As drogas ainda podem ser delimitadas em duas categorias principais relativamente aos seus níveis de ativação: depressoras e estimulantes (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007).

As depressoras diminuem a atividade de todos neurónios do sistema nervoso central e incluem os sedativos (barbitúricos), álcool e os opiáceos (ópio, heroína e morfina). Durante o consumo, e com o aumento deste, estas drogas afetam a atenção, memória, descoordenação da linguagem, movimento corporal, podendo o individuo ficar completamente incapacitado e perder a consciência (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007). As drogas estimulantes conduzem ao aumento da ativação e incluem a nicotina, cafeína, cocaína e anfetaminas. Os possíveis efeitos produzidos por estas substâncias são batimentos cardíacos acelerados, aumento da pressão sanguínea, insónia, redução de apetite, e elevação do humor, *ibidem*.

Segundo o SICAD (2020), a amplitude do termo "droga" reflete uma longa evolução, fazendo referência a um elevado número de substâncias com distintos efeitos sobre a perceção, o pensamento, o estado de ânimo ou as emoções, com diferente capacidade para produzir dependência e com significados diferentes para aqueles que as consomem.

### 3.2.2. Toxicodependência

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO,2014i)) a definição de toxicodependência diz-nos que esta se traduz “num conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois do repetido uso de uma substância e que incluem tipicamente um forte desejo de tomar a droga, dificuldades em controlar o seu uso, persistindo no seu uso apesar das suas consequências nefastas, uma maior prioridade dada ao uso da droga do que a outras atividades e obrigações, tolerância aumentada, e às vezes um estado de privação física”.

Ou de modo mais sistemático, indicando que a dependência deveria ser encarada como um conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentais e fisiológicos que requerem o uso de uma série de critérios de referência para delimitação e diagnóstico, incluindo entre esses critérios os seguintes itens (WHO, 2014i) ):

1. Evidência subjetiva de comportamentos compulsivos destinados a consumir a droga, ou drogas, enquanto são feitas tentativas para interromper ou moderar seu uso;
2. O desejo de cessar o consumo;
3. A presença de comportamentos de administração muito estereotipados;
4. Evidência de neuro adaptação com fenómenos de tolerância e abstinência;
5. O predomínio de comportamentos de procura de drogas em relação a outras necessidades mais prioritárias;
6. Uma grande facilidade para a reacquirição do consumo compulsivo após um período de abstinência.

Segundo o Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-V-TR de 2013 (APA, 2014), para se considerar abuso de determinada substância, o indivíduo tem de apresentar um padrão mal adaptativo do uso da substância. Deste modo, a pessoa deverá ter tido algum prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestados por um ou mais de critérios/sintomas (inerentes à substância), num período de 12 meses.

O abuso do consumo pode originar uma dependência quando também existe um padrão mal adaptativo do uso da substância, de modo a que a pessoa tenha algum

prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestados por sintomatologia específica, num período de 12 meses (APA, 2014). Sintomas, tal como: (1) tolerância, (2) abstinência, (3) a substância costuma ser consumida em maiores quantidades ou por períodos mais longos de tempo do que era pretendido; (4) existe desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de controlar ou reduzir o uso da substância; (5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção, a utilização ou a recuperação dos efeitos da substância; (6) importantes dinâmicas sociais, ocupacionais, ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância; e (7) o uso da substância de forma continuada, apesar da consciência de ter problemas físicos ou psicológicos persistentes ou recorrentes que tendem a ser originados ou exacerbados por ela (APA, 2014).

A dependência física significa a presença de um estado fisiológico alterado que ocorre quando a substância da qual se é dependente é abruptamente suprimida aparecendo alterações físicas intensas (o que se denomina de síndrome de abstinência aguda) que desaparecem com a retoma do consumo da mesma substância ou de outras de efeito análogo. Na dependência psíquica, considerava-se, há algumas décadas, que o síndrome de abstinência aguda não ocorria ao interromper a administração do tóxico, embora o sujeito experimentasse um desejo incontrolável de buscar, obter e reiniciar o consumo da substância sujeita à dependência (Bobes Casas & Gutiérrez, 2010). Atualmente, sabe-se que substâncias que se consideravam não geradoras de dependência física (como a cocaína) podem igualmente induzir claros síndromes de abstinência (Bobes, Casas & Gutiérrez, 2010).

### **3.3. Descriminalização do Consumo**

Em Portugal, o consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado. Desde novembro de 2000 (Lei nº30/2000, de 29 de novembro) que a aquisição, a posse e o consumo de drogas deixou de ser considerado crime em Portugal. Consumir substâncias psicoativas ilícitas, mantém-se como um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo-crime (e como tal, tratado nos tribunais) e passou a constituir uma contraordenação social. Desde então foram inúmeras as mudanças ocorridas. Criaram-se as comissões para a dissuasão da toxicod dependência (CDT), os

serviços especializados para a aplicação da lei, para onde são encaminhados pelas forças de segurança (Polícia de Segurança Pública (PSP) e Guarda Nacional Republicana (GNR) e tribunais os indivíduos que se encontram a consumir ou na posse de drogas. Estes serviços existem em todos os distritos de Portugal Continental e nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira (SICAD, 2020).

As CDT baseadas no Princípio da Dissuasão do consumo, podem representar, por essa razão, uma oportunidade de vida, uma possibilidade de efetivar a mudança de comportamento para um estilo de vida mais saudável.

A intervenção em Dissuasão centra-se na avaliação das necessidades do indivíduo, na motivação para a alteração de comportamento, na dissuasão dos consumos, encaminhando para apoios especializados de equipas multidisciplinares, os indiciados que estando dependentes necessitam de tratamento, reabilitação ou reinserção social, ou prevenindo, ao informar e sensibilizar os indivíduos para os riscos inerentes aos seus consumos. Atuação esta, em estreita articulação e parceria com os outros serviços da comunidade local, para que a ajuda às populações com problemas de consumo de risco e dependência de drogas seja uma realidade efetiva e de sucesso (SICAD, 2020).

### **3.4. A Importância do Tratamento**

De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMDCDDA, 2021b), um dos pilares da Europa na luta contra as drogas é o tratamento eficaz de pessoas com problemas de consumo de substâncias.

Segundo Achirica et al., (2002), grande parte dos indivíduos é introduzido no mundo das substâncias psicoativas antes de atingir a idade dos 20 anos. Sendo a idade bastante importante, pois, quanto mais prematuramente o indivíduo iniciar o consumo, maior probabilidade é a dele subir na escalada do consumo e também mais complexo o seu abandono (ibidem,2002).

Assim sendo e de acordo com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD, 2020) em Portugal:

- A trajetória de tratamento inicia-se quando uma pessoa com comportamentos aditivos e / ou dependência entra em contato com um técnico ou serviço de saúde, iniciando um processo terapêutico que se concretiza por uma integração de intervenções específicas, ocorrendo sucessiva ou concomitantemente e que terminará quando o máximo do seu potencial para a saúde e bem-estar for atingido.

- O tratamento pode decorrer em diferentes tipos de enquadramentos e estruturas (ambulatório, internamentos, centros de dia), recorrer a diferentes formas de intervenção e ter uma duração variável; considerada como uma doença crónica e sujeita a recaídas, as perturbações aditivas requerem frequentemente um processo de tratamento a longo prazo envolvendo múltiplas valências e exigindo acompanhamento regular. Dentro deste contexto as recaídas terão de ser entendidas, em termos de planificação do tratamento, como momentos críticos que sinalizam a necessidade de reajustamento da estratégia terapêutica às necessidades presentes do doente, em termos de valências a mobilizar e/ou intensidade e frequência das intervenções.

- A planificação do tratamento deve ter por base o utente e ajustar-se assim às necessidades globais deste, determinadas não só pelo grau de gravidade da perturbação, mas também pelas comorbilidades físicas e psíquicas que eventualmente possa apresentar. Desta forma o tratamento de uma pessoa com comportamentos aditivos ou dependência pode requerer a combinação de diversas intervenções terapêuticas: psicofarmacológicas, psicológicas/psicoterapêuticas, clínicas, intervenções sistémicas e reabilitação social. Como seria de esperar, á luz da definição de doença aditiva, a evidência científica suporta fortemente a relação entre melhores resultados em termos de tratamento e a combinação de diferentes tipos destas respostas (Carapinha & Guerreiro, 2019; SICAD, 2020)

A recuperação de uma perturbação aditiva é um processo a longo prazo requerendo frequentemente vários episódios de tratamento. A mera suspensão dos consumos, através da desabituação física ou por outro meio, pode constituir o primeiro passo no tratamento, não sendo capaz por si só de determinar mudanças a longo prazo em termos de ganhos terapêuticos sustentados (SICAD, 2020).

### **3.5. Enquadramento atual relativo a consumos**

Além de todas as transformações de cariz político, económico e social, nesta última década, a Europa vivenciou mutações complexas afetas à problemática das substâncias psicoativas. Apesar da compreensão do que constitui uma intervenção eficaz, face a esta questão, ter melhorado significativamente, a conjuntura do fenómeno sofreu variações muito significativas.

Nomeadamente, o aparecimento de mais substâncias não controladas, as alterações significativas na comercialização e no consumo de drogas, o aparecimento de um mercado simultaneamente resiliente e representativo dos desenvolvimentos em curso a nível global, assistindo também ao evoluir para uma situação em que as drogas sintéticas e a produção na Europa ganharam extrema importância em detrimento de um mercado, que outrora, era dominado por substâncias de origem vegetal importadas para a Europa (EMDCDDA, 2021b) .

A União Europeia e os seus Estados-Membros assumiram um compromisso e estão empenhados em atingir os objetivos fixados na Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável. Muitos aspetos destes objetivos estão direta e indiretamente relacionados com a problemática afeta à droga. Pelo que as diretrizes para este futuro imediato colocam especial ênfase na necessidade de intensificar a prevenção, o rastreio e o tratamento, como meta essencial para a consecução deste importante objetivo de saúde pública (Nações Unidas, 2016).

Reflexo da pertinência das abordagens sobre este tema, é a atual Estratégia Nacional Espanhola sobre drogas (2017-2024) que foi elaborada em torno de dois objetivos principais, desenvolvidos em vários objetivos secundários. O primeiro objetivo é alcançar uma sociedade mais saudável e mais bem informada, reduzindo a procura de drogas e a prevalência das adições em geral. Isso inclui a prevenção e a redução do risco, o atendimento abrangente e multidisciplinar, a redução de danos e a integração social. O segundo objetivo visa alcançar uma sociedade mais segura, diminuindo a oferta de drogas e controlando as atividades que podem levar à adição. Pretende-se assim, a redução da oferta, a revisão da legislação e a cooperação judicial e de segurança, tanto a nível nacional quanto internacional. Esta estratégia será executada

em dois planos de ação consecutivos, 2018-2020 e 2021-2024 (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Assim, a prevenção é uma das prioridades da Estratégia Nacional sobre Dependências 2017-2024, que fornece uma estrutura organizacional e financeira em nível nacional e regional por meio de planos comunitários e municipais dirigidos a esta problemática. As políticas de prevenção concentram-se em substâncias legais e ilegais e direcionam-se a uma estreita cooperação entre o sistema educativo e em intervenções de prevenção seletiva e indicada. As intervenções de prevenção incluem um grande número de abordagens, que se complementam. As estratégias ambientais e universais são direcionadas à população em geral. Prevenção seletiva para grupos vulneráveis que podem ter um risco maior de desenvolver problemas associados ao uso de drogas e a prevenção indicada é direcionada a indivíduos em risco (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

### **3.5.1. Enquadramento atual-União Europeia**

De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência foi elaborado o Relatório Europeu sobre Drogas-Tendências e Evoluções (RED). (EMDCDDA, 2019)

Do documento, supracitado, pode ser extraída uma análise dos dados mais recentes sobre a situação da droga e as respostas que lhe são dadas em toda a União Europeia, na Noruega e na Turquia. (Nele estão inseridos 30 relatórios nacionais sobre droga por país, que apresentam uma panorâmica da situação atual dos países que participam na rede de informação sobre droga da UE. Os dados estatísticos que inclui referem-se ao ano de 2017, ou ao último ano disponível. O período de referência para todos os dados incluídos é a situação da droga até ao final de 2018. Dele constam os contributos de vários parceiros a nível europeu, em especial a Comissão Europeia, a Europol, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças e a Agência Europeia de Medicamentos.)

No RED encontra-se uma panorâmica atualizada da situação em matéria de droga, que é necessária para dar respostas eficazes e atuais face à problemática em

questão, a nível do contexto europeu. Este documento, permite ainda fazer a análise das novas ameaças, visando a preparação para os futuros desafios que se colocam neste domínio complexo e em rápida evolução, na medida em que, é objetivo major do EMCDDA contribuir para uma Europa mais saudável e mais segura.

Assim, e realçando novamente, o enquadramento que se segue e os dados epidemiológicos que de seguida se apresentam, são fundamentados e extraídos do Relatório Europeu sobre drogas (EMDCDDA, 2019).

O consumo de drogas na Europa engloba atualmente um maior leque de substâncias do que no passado. Entre os consumidores de drogas, o policonsumo é comum e os padrões individuais de consumo estendem-se do experimental, ao habitual e à dependência.

A cannabis é a droga mais consumida, sendo a prevalência do seu consumo cerca de cinco vezes superior à do consumo de outras substâncias.

Apesar de o consumo de heroína e de outros opiáceos continuar a ser relativamente raro, estas substâncias continuam a ser as mais comumente associadas às formas mais nocivas de consumo, incluindo o consumo de drogas injetáveis. A prevalência do consumo de estimulantes e os tipos de estimulantes mais comuns variam de país para país e existem sinais crescentes de um possível aumento do consumo de estimulantes injetáveis.

Para todas as drogas, o consumo é normalmente mais elevado entre o sexo masculino, diferença que é frequentemente mais marcada nos padrões de consumo mais intensivo ou mais regular.

Estima-se que cerca de 96 milhões de adultos, ou seja, 29 % da população da União Europeia com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, já tenham experimentado drogas ilícitas durante as suas vidas.

A experiência de consumo de drogas verifica-se com mais frequência no sexo masculino (57.8 milhões) do que no feminino (38.3 milhões).

A cannabis é a droga mais experimentada (55.4 milhões de homens e 36.1 milhões de mulheres), seguida da cocaína, que apresenta estimativas de consumo ao longo da vida muito inferiores (12.4 milhões de homens e 5.7 milhões de mulheres).



Os valores do último ano referentes ao consumo de drogas permitem avaliar o consumo recente de drogas e revelam que o consumo atinge principalmente a população jovem adulta. Estima-se que 19.1 milhões de jovens adultos (15-34 anos) tenham consumido drogas no último ano (16 %), com uma proporção de quase dois para um entre os consumidores do sexo masculino (20 %) e do sexo feminino (11 %).

A cocaína é o estimulante ilícito mais consumido na Europa e o seu consumo é mais prevalente nos países do sul e do ocidente. Nos últimos anos, o consumo desta droga tem aumentado na Europa.

Em traços gerais, podem distinguir-se duas categorias de consumidores regulares: os tipicamente mais bem integrados socialmente, que inalam cocaína em pó (hidroclorato de cocaína), e os marginalizados, que consomem cocaína injetável ou fumam crack (à base de cocaína), por vezes juntamente com o consumo de opiáceos. Estima-se que 18,0 milhões de adultos na União Europeia (15-64 anos), ou 5.4 % deste grupo etário, tenham experimentado cocaína durante as suas vidas. Destes, cerca de 2.6 milhões de jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (2.1 % deste grupo etário) terão consumido esta droga no último ano.

Tem-se registado um aumento da disponibilidade de cocaína com um maior grau de pureza nos mercados de droga da Europa que pode estar a conduzir ao recrudescimento do consumo desta droga em alguns países. Destaca-se a existência de sinais de que a cocaína está a expandir-se para novos mercados na Europa Oriental, onde anteriormente era pouco consumida.

Estima-se que 13.7 milhões de adultos na União Europeia (15-64 anos), ou 4.1 % deste grupo etário, tenham experimentado MDMA/ecstasy durante as suas vidas. Os números relativos ao consumo mais recente entre os jovens adultos sugerem que 2.1 milhões de jovens adultos (15-34 anos) consumiram MDMA no último ano (1.7 % deste grupo etário), com as estimativas nacionais a variarem de 0.2 %, em Portugal e na Roménia, a 7.1 %, nos Países Baixos. Em Espanha, a tendência a longo prazo continua a ser de descida, embora os valores recentes sejam estáveis.

As estimativas da prevalência entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos são mais elevadas, com 2.3 % (1,3 milhões) a ter consumido MDMA no último ano.

A MDMA é frequentemente consumida com outras substâncias, incluindo álcool. Os dados atuais sugerem que, nos países que registam níveis de prevalência elevados, a MDMA já não é uma droga restrita ou subcultural limitada a discotecas e festas, sendo consumida por um conjunto mais alargado de jovens em cenários de diversão noturna, incluindo bares e festas privadas.

Estima-se que 12.4 milhões de adultos na União Europeia (15-64 anos), ou 3.7 % deste grupo etário, tenham experimentado anfetaminas durante as suas vidas. Os números relativos ao consumo recente entre os jovens adultos (15-34 anos) sugerem que 1.3 milhões (1.0 %) consumiram anfetaminas no último ano, com as estimativas nacionais mais recentes relativas à prevalência a variarem de zero em Portugal a 3.9 % nos Países Baixos. Os dados disponíveis sugerem que, desde o início do século, as tendências de consumo de anfetaminas se mantiveram relativamente estáveis na maioria dos países europeus.

Outras substâncias com propriedades alucinógenas, anestésicas, dissociativas ou depressoras são consumidas na Europa, nomeadamente o LSD (dietilamida do ácido lisérgico) e cogumelos alucinógenos. Os níveis de prevalência globais do consumo de LSD e cogumelos alucinógenos na Europa têm-se mantido, de um modo geral, baixos e estáveis desde há alguns anos.

Embora, a nível geral, os níveis de consumo de novas substâncias psicoativas sejam baixos na Europa, num estudo realizado pelo EMCDDA em 2016 verificou-se que mais de dois terços dos países comunicaram que o consumo dessas substâncias por consumidores de droga de alto risco suscitou preocupações em matéria de saúde.

O opiáceo ilícito mais consumido na Europa é a heroína, a qual pode ser fumada, inalada ou injetada. Vários outros opiáceos sintéticos, como a metadona, a buprenorfina e o fentanilo são também indevidamente consumidos.

A Europa conheceu diversas vagas de dependência da heroína, a primeira das quais afetou muitos países da Europa Ocidental, a partir de meados da década de 1970, e a segunda a Europa Central e Oriental, de meados a finais da década de 1990. Nos últimos anos, foi identificada a existência de uma coorte envelhecida de consumidores de opiáceos de alto risco que, provavelmente, esteve em contacto regular ou esporádico com serviços de tratamento de substituição e outros serviços.

Estima-se que a prevalência do consumo de opiáceos de alto risco entre a população jovem e adulta (15-64 anos) da União Europeia seja de 0.4 %, o equivalente a 1.3 milhões de consumidores de opiáceos de alto risco em 2017. A nível nacional, as estimativas da prevalência do consumo de opiáceos de alto risco variam entre menos de um e mais de oito casos por 1000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Os cinco países mais populosos da União Europeia, representando 62% da população, contêm três quartos (77%) da estimativa de consumidores de opiáceos de alto risco (Alemanha, Espanha, França, Itália Reino Unido). Dos 12 países com estimativas regulares de consumo de opiáceos de alto risco entre 2008 e 2017, a Grécia, Malta, a Eslovénia e a Espanha revelam um decréscimo estatisticamente significativo das mesmas.

Na união Europeia, sabe-se que o consumo de drogas ilícitas contribui para o peso global da doença.

Os problemas de saúde crónicos e agudos estão associados ao consumo de drogas ilícitas, influenciados ainda por vários fatores como as propriedades das substâncias, a via de administração, a vulnerabilidade individual e o contexto social em que as drogas são consumidas.

Nos problemas crónicos, incluem-se a dependência e as doenças infecciosas relacionadas com as drogas. Por outro lado, as overdoses são o problema mais visível dos casos agudos. Apesar de relativamente raro, o consumo de opiáceos continua a ser responsável pela maioria dos casos de morbilidade e mortalidade associados ao consumo de drogas. O consumo de drogas injetáveis aumenta os riscos.

Em comparação, apesar de os problemas de saúde associados ao consumo de canábis serem claramente menores, a prevalência elevada do consumo desta droga pode ter consequências em matéria de saúde pública. A variação do teor e da pureza das substâncias agora ao dispor dos consumidores aumenta os danos potenciais e cria um ambiente desafiante para as respostas aos problemas da droga.

A conceção e a execução de respostas efetivas aos problemas da droga com base em dados constituem um aspeto fundamental das políticas europeias de combate à droga e envolvem um conjunto de medidas.

A prevenção e as iniciativas de intervenção precoce visam prevenir o consumo de drogas e os problemas que lhe estão associados. Em contrapartida, o tratamento da toxicod dependência, incluindo as iniciativas de natureza psicossocial e farmacológica, constitui a primeira resposta de combate à dependência. Algumas intervenções estratégicas, tais como os tratamentos de substituição de opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas, foram em parte desenvolvidas para combater o consumo de opiáceos injetáveis e os problemas conexos, especialmente a disseminação de doenças infecciosas e mortes por overdose. À medida que os problemas da droga evoluem, torna-se necessário desenvolver e avaliar novas abordagens adequadas ao contexto em questão.

## 4| LITERACIA E SAÚDE

---

### 4.1. Literacia em saúde

Durante as últimas décadas, distintas investigações têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde pode ter implicações muito expressivas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, também em despesa económica em saúde. Relativamente à sua conceptualização é fundamental definir literacia, como conceito amplo. O conceito de literacia em saúde evoluiu de uma definição meramente cognitiva para uma definição que engloba as dimensões pessoal e social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia.

O interesse nesta área temática tem vindo a crescer, enquanto conceito fundamental para uma intervenção mais ativa das populações e comunidades em matéria de saúde e cuidados (Chinn, 2011).

Um dos objetivos gerais do plano de ação para a literacia em saúde proposto para Portugal 2019/2021 consiste na adoção de estilos de vida saudáveis em contexto de vida diário pelo indivíduo (DGS, 2019a).

A literacia está relacionada com o processo de alfabetização, mas depende largamente dos tramites culturais e da estruturação social, condicionando os atos de cidadania praticados pelos indivíduos. Deste modo, depende de fatores de índole cultural, dos requisitos impostas pela sociedade e poderá, em última instância, não refletir os conhecimentos e competências adquiridos por via da escolaridade (Loureiro et al., 2015).

A literacia em saúde provém da literacia enquanto conceito mais amplo e globalizante, no entanto abarca algumas especificidades. O conceito de literacia em saúde surge pela primeira vez em 1974 num artigo de Simonds que aborda a problemática da promoção da saúde (Simonds, 1974). Posteriormente em 1998 a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) vem definir literacia em saúde, contudo a definição deste conceito tem vindo a evoluir. A Organização Mundial da Saúde define

Literacia em Saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”.

A literacia em saúde foi esclarecida por Dan Nutbeam, como representando “as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para a aceder a, compreender e utilizar informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam, 1998, p.357).

Nutbeam considera que a literacia em saúde vai implicar que os indivíduos “atingam um nível de conhecimento, de competências pessoais e de confiança que lhes permita agir com o intuito de melhorar a sua saúde ou da sua comunidade, mudando estilos e condições de vida”.

A literacia em saúde diz respeito à capacidade para fazer escolhas ajustadas, interpretar conhecimento e informação de saúde, tal como o reconhecer e utilizar os serviços profissionais mais adequados em função das mais variadas patologias (Loureiro et al., 2012). A prevenção e a gestão de sintomatologia são mais adequadas quando se está perante um nível de literacia em saúde mais adequado (Loureiro et al., 2012)

A literacia em saúde remete para uma agregação de competências e de conhecimentos que os indivíduos precisam para aceder, interpretar, avaliar e utilizar informação no campo da saúde, que lhes permita tomada de decisões sobre prevenção, cuidados de saúde e promoção de uma vida saudável (Loureiro, 2012).

A Literacia em Saúde envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, conservando ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida (DGS, 2019b)).

A Agência Europeia para a Saúde e a Organização Mundial de Saúde têm produzido vários documentos orientadores no sentido da importância da literacia.

O European Health Literacy Survey (HLS-EU) Consortium realizou um estudo europeu de literacia em saúde, fazendo parte dessa investigação 8 países: Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha. O questionário HLS-

EU, é uma ferramenta confiável que permite uma avaliação abrangente de literacia em saúde da população, permitindo uma diferenciação entre diferentes dimensões e capacidades nas questões de educação em saúde (HLS-EU Consortium, 2015).

Da população questionada (cerca de 1000 cidadãos por país com idade igual ou superior a 15 anos), 12.4% apresentou níveis de literacia em saúde inadequados (variando de 1.8% a 26.9%), 35.2% uma literacia em saúde problemática, 36.0% apresentou um nível de literacia em saúde suficiente e os restantes 16.5%, um nível excelente de literacia em saúde. Valores mais elevados foram encontrados nos indivíduos que detêm um status de saúde mais elevado, bem como no sexo feminino (HLS-EU Consortium, 2015)

Na aplicação deste questionário, relativamente à população espanhola, extraíram-se dados muito importantes, tais como: -aproximadamente metade da população espanhola tem literacia em saúde limitada; - os espanhóis apresentam um nível de literacia em saúde ligeiramente abaixo da média europeia; - o nível de escolaridade, a avaliação da saúde e da idade são os três fatores mais determinantes sobre a taxa geral de alfabetização em saúde; - a dimensão da promoção da saúde e a capacidade de avaliar ou julgar as informações relacionadas à saúde são as que apresentam mais dificuldades para os inquiridos (HLS-EU Consortium, 2015).

De acordo com os resultados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016, (ILS-PT), comparando com os países participantes no Health Literacy Survey EU 2015 (HLS-EU), é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde (8.6%) e com a média europeia (16.5%). Encontra-se em 2º lugar no que se refere à percentagem de pessoas com nível suficiente de Literacia em Saúde (42.4%), sendo que a média europeia é de 36% (DGS, 2019b).

A literacia em saúde condiciona a forma como cada um de nós é capaz de tomar decisões adequadas sobre saúde, afetando, por isso, não apenas a nossa qualidade de vida e daqueles que nos são próximos e que dependem de nós (como as crianças ou os idosos), mas tendo também implicações nas despesas de saúde e nos custos e formas de organização dos sistemas de saúde nacionais (Espanha, Avila & Mendes, 2016).

A literacia em saúde é uma ferramenta crucial de capacitação da população. Cidadãos mais informados gerem melhor a sua saúde e fazem a utilização adequada da

informação que lhes é fornecida para um benefício pessoal e social. Infelizmente, o nível mundial de literacia em saúde é ainda tido como baixo, e Portugal não é uma exceção. De acordo com o relatório “Literacia em Saúde em Portugal”, publicado em 2016 pela Fundação Calouste Gulbenkian, 49% da população portuguesa apresentava níveis de literacia em saúde inadequados ou problemáticos, o que está abaixo do panorama na restante União Europeia.

A Literacia em Saúde permite otimizar a procura de soluções para os problemas de saúde. Promove os estilos de vida saudável em geral, bem como comportamentos preventivos e protetores da saúde em particular, pelo que a sua promoção deve ser fomentada (DGS, 2019c). De entre as recomendações para a promoção da Literacia em Saúde em Portugal destaca-se: -Diversificar as estratégias, modos de comunicação e de informação, reconhecendo a diversidade de perfis sociais e de níveis de competências em Literacia em Saúde que atravessam a sociedade portuguesa e apoiar iniciativas que melhorem a Literacia em Saúde, em particular dirigidas aos grupos mais vulneráveis na sociedade portuguesa (DGS, 2019c).

Noutros pontos do mundo, mais especificamente nos Estados Unidos da América já existem esforços a nível político para tornar a literacia em saúde uma prioridade, com vista a melhorar os cuidados de saúde, ampliando o acesso, diminuindo os custos e melhorando a qualidade dos serviços de saúde (Roett & Coleman, 2013),

Segundo Jordão (2017), o nível elevado de literacia em saúde parece ser promotor efetivo de comportamentos que geram melhores níveis de saúde. No entanto, permanece a necessidade de se estudar e desenvolver um modo de aumentar este nível. De acordo com a mesma autora, os estudos apontam para que se existir um maior investimento na promoção de literacia em saúde, este investimento se repercutirá em diminuição de comportamentos de risco e melhor utilização dos serviços de saúde, o que gerará diminuição dos custos em saúde.

De acordo com Galvão & Florêncio Castro (2021), a promoção da literacia em saúde tornou-se uma prioridade para a saúde no século XXI, sendo vital a capacitação das pessoas para gerirem a sua saúde e conseguirem mover-se nos sistemas de saúde.

As transformações sociais têm acarretado transformações nos sistemas de saúde, com uma elevada tendência para um modelo de saúde mais colaborativo e participativo,



no qual os indivíduos têm acesso à informação e a optarem livremente e esclarecidamente sobre a sua saúde. É cada vez mais reconhecida a importância de os cidadãos serem parceiros dos sistemas de saúde e dos profissionais de saúde, nos processos de capacitação e tomada de decisão (Galvão & Florêncio Castro, 2021).

Efetivamente em Portugal o SNS tem vindo a modificar-se, com o objetivo de melhorar os níveis de literacia em saúde da população, e tem apresentado várias medidas e iniciativas, entre elas, a criação da divisão de literacia, saúde e bem-estar da Direção Geral de Saúde e o programa Nacional de Literacia em saúde e integração de cuidados, ambos com o objetivo de capacitar as pessoas, melhorando a sua autonomia e o raciocínio crítico no que diz respeito a decisões relacionadas com a sua saúde (DGS, 2019a, 2019b).

É importante referir que para a avaliação global do nível de literacia em saúde existem ferramentas destinadas a medir o conceito onde se encontram múltiplas dimensões (HLS-EU Consortium, 2015), tal como se pode observar na figura seguinte.

**Figura 1-** As dimensões da Literacia em Saúde- HLS-EU

	<b>Acesso/obtenção de informação relevante para a saúde</b>	<b>Compreensão da informação relevante para a saúde</b>	<b>Avaliação/processamento da informação relevante para a saúde</b>	<b>Aplicação/utilização da informação relevante para a saúde</b>
<b>Cuidados de saúde</b>	Capacidade em obter informação médica ou assuntos clínicos	Capacidade em compreender informação médica e extrair significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação médica	Capacidade na tomada de decisões informadas em assuntos médicos
<b>Prevenção da doença</b>	Capacidade de obter informação sobre factores de risco para a saúde	Capacidade de compreender e extrair significado sobre factores de risco para a saúde	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre factores de risco para a saúde	Capacidade da tomada de decisões informadas sobre os factores de risco para a saúde

<b>Promoção da saúde</b>	Capacidade de atualizar-se em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade de compreender e extrair significado em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre os determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade da tomada de decisões informadas sobre os determinantes para a saúde no ambiente social e físico
--------------------------	--	---	--	---

Fonte: Extraído de Galvão (Coord.). Literacia em saúde e autocuidados: Evidências que projetam a prática clínica (p.18) (Galvão & Florêncio Castro, 2021).

Um jovem que possua competências de literacia em saúde deverá ser capaz de cuidar de si, multidimensionalmente, ou seja, a nível físico, emocional, social, mental e espiritual (Fetro, 2003).

A relação entre educação e saúde está bem patente em vários estudos, que revelam que baixos níveis de literacia estão associados a baixos níveis de saúde, com os consequentes custos para a sociedade, quer ao nível de sofrimento humano, quer ao nível económico (Kickbusch et al., 2013; Kickbusch, 2004; Nutbeam, 2000).

Devemos especificar que, embora partilhem objetivos e sejam complementares, a noção de literacia em saúde não pode identificar-se como Educação em Saúde .

A Educação para a Saúde, deve ter como objetivo aumentar a literacia em saúde de uma determinada população, até atingir o grau de competência necessário para processar informações relacionados à saúde e saber tomar decisões saudáveis. Neste sentido, a educação em saúde tenta conscientizar as pessoas de que a saúde é uma responsabilidade compartilhada e que deve ser contextualizada nas situações sociais e condições de vida (Ruiz-Cabello, 2015).

Educação em saúde e literacia em saúde são dois temas estreitamente ligados e de grande relevância dentro do campo, mais amplo, da promoção da saúde.

## 4.2. Promoção da saúde

De acordo com a Declaração de Ottawa (HWO, 1986) a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, abrangendo a sua maior participação no domínio deste processo. O objetivo fulcral é possibilitar o atingir de um estado de bem-estar físico, mental e social completo dos indivíduos e os agentes políticos, económicos e sociais devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Deste modo, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, mas depende igualmente do indivíduo e vai muito além de estilos de vida saudáveis, na direção de um bem-estar global.

A promoção da saúde integra o conceito de saúde como um processo que deve ser ampliado ao longo da vida e que está relacionado com a interação que o indivíduo estabelece com o ambiente que o rodeia, tendo por finalidade dotar os indivíduos de informação e competências que lhes permitam utilizar as suas potencialidades e controlar os determinantes da sua saúde, concorrendo para a sua qualidade de vida (Matos et al, 2003).

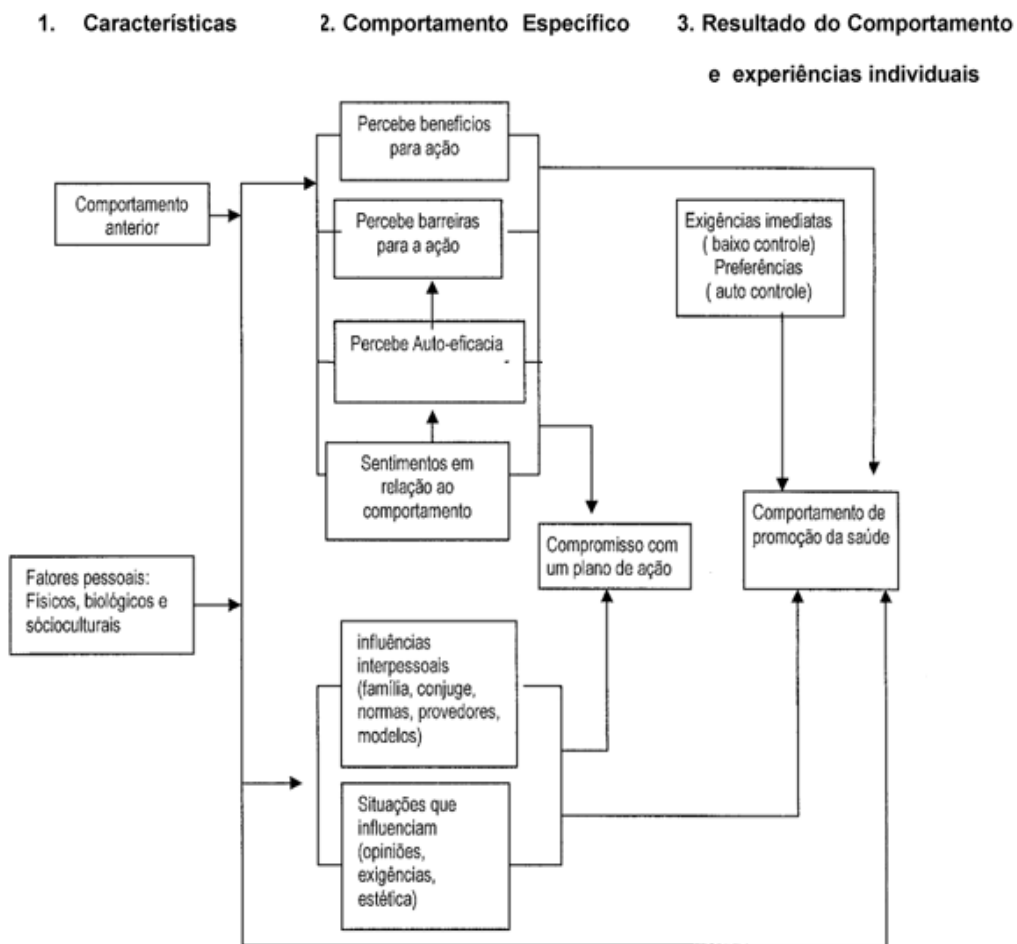
A promoção da saúde é o processo que permite às pessoas aumentar o controle sobre sua saúde para melhorá-la. Constitui também um processo político e social que inclui não apenas ações voltadas diretamente ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também ações voltadas à modificação das condições sociais, ambientais e económicas, a fim de vincar o seu impacto na saúde pública e individual (Nutbeam, 2008).

Existem várias investigações baseadas em modelos que visam favorecer a melhoria da qualidade de cuidados prestados aos indivíduos com problemas de saúde, o que contribui para a sua promoção da saúde. Um desses modelos é o defendido por Nola Pender em 1982: o Modelo de Promoção da Saúde.

Este Modelo de Promoção da Saúde defende que cada pessoa tem características e experiências individuais únicas, que vão influenciar o seu comportamento. A promoção de comportamentos saudáveis é o resultado comportamental desejado, sendo

assim o objetivo central deste modelo conceptual. A promoção de comportamentos saudáveis deve resultar numa melhoria da saúde, da capacidade funcional e numa maior qualidade de vida em todos os estádios de desenvolvimento (Nursing Theories, 2009).

**Figura 2 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**



Fonte: Adaptado e traduzido de Health Promotionim Nursing Practice, extraído de (Victor, Oliveira & Ximenes, 2005).

A figura anterior esquematiza o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Atentando, podemos observar que são muitos os fatores que se imiscuem nos comportamentos de saúde, pelo que nas possíveis intervenções é necessário estabelecer estratégias de atuação dirigidas não só para o indivíduo, mas também para todo o ambiente e outras pessoas envolventes, para direcionar o indivíduo no sentido do comportamento desejado.

O modelo de Nola Pender apoia assim a ideia de que existem diversos fatores pessoais que influenciam as características individuais e as experiências de cada um. Estes fatores individuais e singulares dividem-se em 3 categorias: biológicos, psicológicos e socioculturais. Nele os fatores biológicos abarcam variáveis como a idade e o sexo, os psicológicos variáveis como a autoestima, automotivação e o estado de saúde percebida pelo indivíduo. Os fatores socioculturais abrangem variáveis como a raça, o nível educacional e o status socioeconómico (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006).

A saúde é um recurso para as pessoas e para a sociedade e é uma responsabilidade partilhada entre todos, pelo que é de extrema importância unir esforços e potenciar, em todas as oportunidades, a promoção da Literacia em Saúde, de forma a capacitar e ativar a população contribuindo para a saúde, para o Bem-estar e para a redução de desigualdades em saúde (DGS, 2019c)

No contexto espanhol, as políticas de saúde e educação devem dar cumprimento do mandato constitucional que estabelece o direito de os cidadãos adquirem as habilidades que lhes permitem comunicar e integrar-se na sociedade e que os ajudem a preservar e melhorar a sua própria saúde e da comunidade em que vivem. A Constituição espanhola, no seu Artigo 43, reconhece o direito à proteção da saúde e estabelece que as autoridades públicas deverão promover a educação em saúde (Ruiz-Cabello, 2015).

Em Espanha, a regulamentação de ações que permitem a aplicação do direito à proteção da saúde, reconhecem-se num conjunto de normas com a classificação de Lei: Lei Geral de Saúde (1986), Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (2003), Lei de garantias e uso racional do medicamento (2006), Lei Geral de Saúde Pública (2011) e o Real Decreto-Lei de medidas urgentes para a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e melhoria da qualidade e Segurança (2012).

Os princípios que permitem o exercício do direito da proteção da saúde são: o financiamento público, a universalidade e gratuidade de serviços de saúde no momento do uso; os direitos e deveres definidos para os cidadãos e para as autoridades públicas; a descentralização política de saúde nas comunidades autónomas; a prestação de cuidados de saúde integrais com elevados níveis de qualidade devidamente avaliados e

controlados; a integração das diferentes estruturas e serviços públicos ao serviço da saúde no Sistema Nacional de Saúde (Ruiz-Cabello, 2015).

Assim, de acordo com a legislação aplicável, muitas políticas se têm desenvolvido tanto a nível nacional como regional destinadas a realizar projetos de educação e promoção da saúde em diferentes áreas e âmbitos. Têm sido levadas a cabo inúmeras iniciativas destinadas à educação e promoção da saúde, realizadas por universidades, estruturas educacionais do sistema de saúde, escolas profissionais, sindicatos e associações de diferentes tipos (Ruiz-Cabello, 2015).

#### **4.3. Intervenções no âmbito da literacia em saúde no que concerne à promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco junto da comunidade**

A Literacia em Saúde deve ser propagada, preferencialmente, nos diferentes contextos do quotidiano das pessoas. É cada vez mais importante que sejam disponibilizadas ferramentas para interpretação da informação e que facilitem o empowerment do indivíduo que é o princípio básico da promoção da saúde (DGS, 2006). E que, conseqüentemente, possam tomar decisões e opções de forma consciente.

Dado que os diferentes contextos influenciam as decisões que as pessoas tomam diariamente relacionadas com a sua saúde, sejam elas conscientes ou não, é importante disponibilizar informações de saúde ajustadas a estes contextos, incentivando e apoiando decisões e comportamentos que a promovam (DGS, 2019a, 2019c).

No decorrer da presente investigação, foi estabelecido um contacto em proximidade com diferentes entidades da comunidade do concelho de Bragança, nomeadamente o IPDJ, o Núcleo Local De Inserção (NLI), o CRI de Bragança, a Associação Reaprender a Viver tendo em conta também o âmbito exercício profissional como enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária. A investigadora colaborou na dinamização de projetos destinados a comunidades, a quem as referidas instituições dão apoio e suporte, visando entre outros objetivos o aumento da literacia e a promoção da saúde entre os seus utentes, nos quais se encontram indivíduos em todas as etapas do ciclo de vida, nomeadamente a juventude.

### **4.3.1. Atividades no Instituto Português do Desporto e da Juventude**

A nível do IPDJ de Bragança, e tendo já aqui especificado a sua missão e atribuições como instituto público para com os jovens, realçamos que a nível profissional a investigadora faz parte da equipa que dinamiza o Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil deste instituto há já quase uma década.

O Gabinete de apoio à sexualidade juvenil é um espaço de atendimento e aconselhamento, confidencial, anónimo e gratuito. Os jovens podem recorrer a este gabinete, sem marcação prévia, para esclarecer dúvidas ou para obter informação/apoio sobre questões inerentes à sua saúde, mais especificamente à sua saúde sexual e reprodutiva, à vivência saudável da sua sexualidade, comportamentos de risco que afetem essa mesma vivência, métodos contraceptivos, planeamento familiar, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros (IPDJ, 2020).

O atendimento dos jovens é assegurado por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte integrante, enfermeiras, uma nutricionista e uma psicóloga. O apoio clínico de suporte é feito por referência para a equipa clínica do centro de saúde, em caso de necessidade. Sempre que necessário os profissionais de saúde efetuam o encaminhamento para serviços diferenciados da Unidade Local de Saúde do Nordeste.

A investigadora através do Gabinete de apoio à Sexualidade Juvenil dá observância ao Programa Cuida-te, numa das suas múltiplas medidas de atuação, a Formação.

O Programa “CUIDA-TE” é um Programa do Instituto Português do Desporto e Juventude, com diversas entidades parceiras, do setor público e privado (Administrações Regionais de Saúde; Direção Geral de Saúde; Direção Geral da Educação; Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) (IPDJ, 2019). Os destinatários/as são jovens entre os 12 e os 25 anos, professores/as, pais, dirigentes associativos/as, profissionais de saúde e outros que desenvolvem atividades nesta área dirigidas aos/às jovens. Tem como principal objetivo laborar na área da saúde juvenil e na promoção de estilos de vida saudáveis. Educando para a saúde, promovendo a aquisição de conhecimentos e competências nesta área, de forma

global e integradora, interrelacionando as suas diferentes componentes: somáticas, psicoafetivas e sociais.

De entre as cinco medidas de atuação afetas ao programa, destaca-se aqui a Medida 2- Formação (Esta medida promove ações de formação presencial e de e-learning, dirigida circunstanciadamente a cada um dos públicos que constituem os destinatários do presente programa, devidamente adaptados e adequados) e a Medida 4 - Gabinetes de Saúde Juvenil, onde se insere o gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil (Espaços de atendimento gratuitos, de aconselhamento, anónimos e confidenciais, nomeadamente nas áreas da sexualidade, consumos nocivos, nutrição e exercício físico) (IPDJ, 2019).

Assim, no âmbito do Gabinete de apoio à Sexualidade Juvenil, dando observância ao Programa “Cuida-te” e da informação recolhida pela investigadora, tendo em conta os dados recolhidos pela investigadora no seu estudo e as necessidades extrapoladas pelos jovens estudantes universitários, foram dinamizados Seminários dirigidos à população juvenil da comunidade de Bragança, dos quais se destacam alguns:

**\* Seminário – “Saúde, Sexualidade, Adições e Riscos” (17 de janeiro de 2019)**

Objetivos: esclarecer os jovens sobre conceitos relacionados com a Saúde e Sexualidade. Sensibilização para a importância de uma sexualidade responsável e saudável. Alertar para vivências e comportamentos de risco, com alusão aos consumos de substâncias psicoativas. Sensibilizar para os problemas e consequências associados a nível individual e coletivo e respetivo comprometimento da saúde presente e futura do indivíduo, face às várias adições. Sensibilizar para a disponibilidade dos recursos da comunidade.

**\* Seminário – “Saúde, Sexualidade, Adições e Riscos” (21 de janeiro de 2019)**

Objetivos: esclarecer os jovens sobre conceitos relacionados com a Saúde e Sexualidade. Sensibilização para a importância de uma sexualidade responsável e saudável. Alertar para vivências e comportamentos de risco, com alusão aos consumos de substâncias psicoativas. Sensibilizar para os problemas e consequências associados a



nível individual e coletivo e respetivo comprometimento da saúde presente e futura do indivíduo, face às várias adições. Sensibilizar para a disponibilidade dos recursos da comunidade.

**\* Seminário – “Saúde sem Riscos” (6 de junho de 2019)**

Objetivos: esclarecer os jovens sobre conceitos relacionados com a Saúde e Sexualidade. Sensibilização para a importância de uma sexualidade responsável e saudável. Abordagem aos diferentes métodos de contraceção, com especial enfoque na utilização correta do preservativo feminino e preservativo masculino e nas indicações específicas da utilização da contraceção de emergência.

#### **4.3.2. Núcleo Local de Inserção**

A investigadora colaborou com o Núcleo Local de Inserção de Bragança. O Núcleo Local de Inserção (NLI) é um órgão local, previsto e regulado pela Lei n.º133/2012 de 27 de junho, coordenado pela Segurança Social.(Segurança Social, 2012). Este é constituído por representantes de diversos setores de intervenção da comunidade (segurança social, emprego e formação profissional, educação, saúde e autarquia local), a quem compete acompanhar o desenvolvimento das ações previstas no contrato de inserção dos beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI), que se enquadram na respetiva área de intervenção, assegurando, a transmissão da informação ao NLI.

O Rendimento Social de Inserção, é uma medida de combate à pobreza extrema, que tem como principal objetivo assegurar aos cidadãos e respetivos agregados familiares recursos que contribuam para a satisfação das suas necessidades mínimas e para o favorecimento de uma progressiva inserção social, laboral e comunitária, através de apoios e medidas de inserção, que deverão constar nos respetivos Contratos de Inserção (Segurança Social, 2019).

O “Projeto Educação e Cidadania para a Saúde Familiar” é destinado à população do concelho em situação mais vulnerável. Este projeto decorre no âmbito do Núcleo Local de Inserção (NLI) de Bragança em articulação com diversas entidades

locais nomeadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Bragança da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

O objetivo fulcral do projeto “Educação e Cidadania para a Saúde Familiar” é a promoção do combate à pobreza e exclusão social, com vista à autonomização e capacitação das famílias beneficiárias da medida Rendimento Social de Inserção (RSI), visando a sua integração laboral, social e comunitária, dando continuidade e suporte a estratégias de desenvolvimento e otimização dos recursos em Saúde para a aquisição de competências na prevenção da doença e promoção da saúde individual e coletiva.

Neste âmbito, são dinamizadas diversas ações de sensibilização e educação para a saúde, realizadas por profissionais de equipas multidisciplinares, em estreita colaboração com a Equipa Técnica do Protocolo RSI do Centro Social e Paroquial do Santo Contestável, e com outros parceiros da Rede Social do concelho, nomeadamente Instituições Particulares de Solidariedade Social locais e o Instituto Politécnico de Bragança.

Os beneficiários abrangidos pelo projeto “Educação e Cidadania para a Saúde Familiar” participam no planeamento e avaliação de cada sessão, com a duração de 3 horas, designadamente na escolha e discussão dos temas a abordar, sendo estes selecionados tendo em conta os seus interesses, expectativas e necessidades

Este projeto, em curso desde 2009, impulsiona diversas ações, desenvolvidas em articulação com os parceiros comunitários na área da saúde e social. Esta tipologia de atuação contribui para fomentar cuidados de saúde de proximidade na comunidade, com reflexo direto na promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, aumentando a literacia em saúde e melhorando os níveis de bem-estar, em especial dos indivíduos, famílias e grupos mais vulneráveis da população do concelho.

No projeto “Educação e Cidadania para a Saúde Familiar”, onde a título profissional a investigadora também desenvolve as suas funções, foram dinamizadas pela investigadora ou em estreita colaboração diversas sessões, das quais se destacam:

**\*Sessão – “Prevenção das doenças oncológicas” (10 de maio de 2017)**

Objetivos: Compreensão e aquisição de conhecimentos sobre: a importância dos meios de prevenção e tratamento das doenças oncológicas, sintomas, fatores de risco, hábitos e

estilos de vida saudáveis e o impacto das doenças oncológicas no doente, na família e na sociedade;

**\*Sessão – “Gripe: cuidados preventivos” (11 de novembro de 2017)**

Objetivos: Compreensão e aquisição de conhecimentos sobre a importância da prevenção da gripe - atividade gripal e epidemia de gripe; transmissão da gripe - período de incubação em que uma pessoa infetada pode contagiar outras, cuidados a ter para evitar a transmissão; diagnóstico clínico - identificação dos sintomas e sinais da gripe, riscos, complicações e recuperação nas idosas e nos doentes crónicos; diferenças entre a gripe e a constipação; recomendações - diminuição da probabilidade de contágio; medidas de prevenção da gripe e vacinação anual.

**\* Sessão – “Procura de comportamentos de Saúde” (14 de março de 2018)**

Objetivos: Compreensão e aquisição de conhecimentos sobre a importância da procura, promoção e vigilância de saúde/ Programas de Saúde integrados nos Cuidados de Saúde Primários; serviços e áreas de intervenção que os centros de saúde disponibilizam; direitos e deveres no que respeita ao acesso à saúde.

**\* Sessão – “Promoção da atividade física” (11 de julho de 2018)**

Objetivos: Compreensão e aquisição de conhecimentos para a importância da prática regular de atividade física para a saúde e melhoria da qualidade de vida da população, em todas as fases do ciclo de vida – sensibilização para a prática regular de atividade e exercício físico, e para a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, fundamentais no controlo das doenças crónicas não transmissíveis e prevenção do risco de sedentarismo.

**\*Sessão– “Prevenção do Cancro” (08 de maio de 2019)**

Atividade integrada nas comemorações do Projeto UDPV da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC)- Núcleo Regional do Norte, desenvolvido no concelho de Bragança, em parceria com a Delegação de Bragança da LPCC.

Objetivos: Compreensão e aquisição de conhecimentos sobre a importância dos meios de prevenção e tratamento das doenças oncológicas, sintomas, fatores de risco, hábitos e estilos de vida saudáveis e impacto das doenças oncológicas no doente e na família;

divulgar as atividades da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde no âmbito da promoção e vigilância da Saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas, nomeadamente em atividades dirigidas às situações de maior risco e vulnerabilidade; divulgar atividades de prevenção e rastreio precoce desenvolvidas em parceria com a LPCC- Delegação de Bragança.

**\*Sessão) – “Prevenção das Ondas de Calor” (26 de junho de 2019)**

Objetivos: Compreensão e aquisição de conhecimentos sobre a importância da prevenção dos problemas pessoais e ambientais relacionados com o calor excessivo; repercussões/efeitos das ondas de calor na saúde individual - sintomas – desidratação, golpes de calor, caibras, esgotamento, descompensação de doenças crónicas e complicações cardiorrespiratórias; precauções e cuidados nos principais grupos de risco/grupos vulneráveis; recomendações da DGS - procedimentos a adotar numa situação de calor intenso/medidas de autoproteção (no domicílio, no exterior)para prevenir os efeitos nefastos das ondas de calor; atendimento a situações em caso de emergência, linhas e serviços de apoio.

**\* Sessão – “Promoção do Envelhecimento Ativo e Relações intergeracionais” (24 de julho de 2019).** Atividade integrada nas comemorações do Dia dos Avós – 26-07-2019.

Objetivos: Compreensão e aquisição de conhecimentos sobre o processo de Envelhecimento Ativo, enquanto processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, orientado para a autonomia, qualidade de vida, valorização e dignificação do papel do sénior na sociedade; realçar a importância da Educação Intergeracional como Estratégia de Promoção do Envelhecimento Ativo, reforçar o papel das famílias e das relações interpessoais entre diferentes gerações, combater estereótipos e atitudes negativas de umas gerações em relação às outras; reconhecer e valorizar o papel do cuidador informal; divulgar a oferta de serviços a nível local, no âmbito da saúde e das respostas sociais tipificadas para o idoso.

**\* Sessão – “Promoção da Alimentação saudável, sustentável e acessível” (2 de outubro de 2019)**

Atividade integrada nas comemorações do Dia Mundial da Alimentação – 16-10- 2019, sob o lema “As nossas ações são o futuro”.

Objetivos: Compreensão e aquisição de conhecimentos sobre a importância de uma alimentação saudável, disponível, acessível e sustentável para todos; promover a adoção de boas práticas e escolhas alimentares equilibradas, mais saudáveis e económicas, que se traduzam numa maior segurança e qualidade alimentar e nutricional; alertar para a necessidade de diminuir o desperdício alimentar considerando o impacto ambiental que representa na sustentabilidade alimentar; divulgar recomendações de produção, processamento, comercialização, conservação e consumo de produtos alimentares mais saudáveis e diversificados.

#### **4.3.3. Associação Reaprender a Viver**

A investigadora colaborou na Associação Reaprender a viver na dinamização do “Projeto Oficinas de Saúde- Sinta-se bem, viva melhor”.

A Associação Reaprender a Viver é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos com estatutos publicados em Diário da República nº98 III Série de 26-04-2004 que possui como objetivo major conceder apoio social aos Jovens e demais população que se depare com situação de carência, designadamente aos desempregados, toxicodependentes, vítimas de maus tratos, reclusos e ex-reclusos, imigrantes, famílias multiproblemáticas e a todos aqueles em vias ou em situação declarada de exclusão social.

(São inúmeras as instituições com as quais tem estabelecidos protocolos de cooperação no âmbito das diversas atividades que desenvolve, tais como a Câmara Municipal de Bragança, Instituto de Emprego e Formação Profissional de Bragança, o Instituto da Segurança Social - Centro Distrital de Bragança, a Polícia de Segurança Pública de Bragança; a Unidade Local de Saúde, a Associação de Investigação e Debate em Serviço Social do Porto, entre outras.)

Possui uma Equipa de Intervenção Direta, que é uma resposta social desenvolvida através de um serviço constituído por unidades de intervenção junto da população toxicodependente e suas famílias e junto de comunidades afetadas por este fenómeno. A equipa é multidisciplinar e constituída por elementos afetos a várias áreas como a psicologia, sociologia e serviço social.

Esta equipa presta serviços e desenvolve atividades visando em especial: - Fomentar a integração dos toxicodependentes em processo de recuperação, tratamento e de reinserção social; -Despistar situações de risco; -Sensibilizar para a mudança de comportamentos e abandono da droga; -Incentivar a cooperação da família, nomeadamente através da informação, da motivação, do apoio social, do encaminhamento, no processo de recuperação e de reinserção social da pessoa toxicodependente; -Incentivar a cooperação de elementos extrafamiliares e da proximidade da pessoa toxicodependente, através da motivação e da informação no processo de recuperação e reinserção social.

No “Projeto Oficinas de Saúde - Sinta-se bem, viva melhor”, o objetivo geral é dotar os beneficiários da Associação Reaprender a Viver de conhecimentos e competências para melhorar a sua qualidade de vida diminuindo os riscos e a vulnerabilidade para a saúde.

Estão delineados como objetivos específicos: - formação contínua baseada nas dificuldades expressas; -sensibilização para a tomada de consciência das próprias necessidades de saúde; - estreitar a articulação e acessibilidade aos cuidados; - troca de informação e conhecimentos; -aquisição de competências nos cuidados gerais de saúde e o reforço das capacidades e competências para gerir situações.

No “Projeto Oficinas de Saúde - Sinta-se bem, viva melhor”, onde a título profissional a investigadora também desenvolve as suas funções, foram dinamizadas pela investigadora ou em estreita colaboração diversas sessões, das quais se destacam:

**Sessão: Todos juntos contra a gripe** (janeiro de 2019)

**Sessão “Relações Interpessoais”** (fevereiro 2019)

**Sessão “Dieta mediterrânica”** (março de 2019)

**Sessão “Serei aquilo que me deres... Que seja amor!”** (abril de 2019)

**Sessão “A doença Oncológica”** (maio 2019)

**Sessão “Ondas de Calor”** (junho de 2019)

**Sessão “Cuidados com o Frio”** (outubro de 2019)

**Sessão: “Alimentação Saudável para um mundo melhor”** (outubro de 2019”

## Sessão “A importância da Exercício Físico para a saúde” (novembro de 2019)

### 4.3.4. Centro de Respostas Integradas de Bragança

Em Portugal, o Ministério da Saúde procedeu à criação em 2012 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), extinguindo, em consequência, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, remetendo às Administrações Regionais de Saúde a componente de operacionalização das políticas de saúde (SICAD, 2020).

O diploma orgânico do SICAD, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, concretiza uma inovação, assente na opção de reforço da componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências. Por sua vez, a componente de operacionalização das intervenções é concentrada no âmbito de atuação das Administrações Regionais de Saúde (SICAD, 2020)

O SICAD, através da Divisão de Relações Internacionais é o Ponto Focal Português, junto do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA). O EMCDDA baseia a sua ação no princípio de que dispor de informação de qualidade é a chave para uma estratégia eficaz contra a droga. Apesar de não propor políticas, o Observatório tem um impacto real no processo de tomada de decisões através das análises, padrões e ferramentas que fornece.

Embora o SICAD não tenha, agora, responsabilidade direta sobre os serviços de intervenção local, é também para eles que esta instituição desenvolve instrumentos técnicos normativos e linhas de orientação que garantem e sustentam boas práticas, de forma mais abrangente.

Assim, os Centros de Respostas Integradas (CRI) são estruturas locais de cariz operativo e de administração, referenciados a um território definido e que dispõem de equipas técnicas especializadas multidisciplinares para as diversas áreas de missão dedicadas ao tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos das toxicodependências e alcoolismo (CRI, 2019).

A título profissional, a investigadora desenvolve também as suas funções dando cumprimento ao Programa Nacional de Saúde Escolar. A este nível houve estreita colaboração com o CRI de Bragança na dinamização de intervenções para a comunidade estudantil do concelho de Bragança nas áreas de missão comuns

Em jeito de apreciação global, todas estas intervenções da investigadora, que se traduziram em sessões de sensibilização/ formação/palestras dirigidas à comunidade, apresentam-se com reflexo direto na promoção de hábitos e comportamentos de saúde, aquisição de conhecimentos e consciencialização para a prevenção da doença e promoção da saúde junto da população alvo, em jeito conclusivo foram um excelente veículo promotor do aumento da Literacia em Saúde tal como preconizado pelo Plano de ação para a literacia em saúde (DGS, 2019d)).





**PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO/  
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

---

## 1| METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

---

Qualquer investigação preconiza a descoberta ou resposta a uma situação considerada problemática num determinado campo do saber ou contexto, numa perspetiva de contribuição para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo (Weyne, 2004)

As investigações científicas e metodológicas caracterizam-se como procedimentos que permitem solucionar problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real (Fortin, 2009). sendo importantes fontes de informação por facultarem conhecimento a nível dos determinantes de saúde da população, objetivando assim a consecução de intervenções comunitárias mais incisivas e adequadas.

A metodologia a aplicar é crucial para as conclusões de qualquer investigação, devendo o investigador avaliar as opções ao seu dispor e selecionar criteriosamente o caminho a percorrer (Fortin, 2009; Onwuegbuzie & Leech, 2005).

Neste capítulo é exposta a metodologia utilizada na presente investigação e clarificadas as escolhas efetuadas para responder às questões de investigação, hipóteses e objetivos.

Deste modo, a metodologia do presente estudo engloba: a contextualização; o desenho e tipo de estudo; objetivos do estudo, variáveis e hipóteses de investigação; população e a amostra selecionada; a descrição dos instrumentos de recolha de dados; os procedimentos éticos e deontológicos assim como os de recolha de dados; os procedimentos associados à realização do trabalho empírico, e o método de tratamento de dados.

Com a execução desta investigação ambicionamos um conhecimento mais específico permitindo objetivar intervenções mais incisivas e dirigidas ao jovem universitário.

### 1.1. Motivação para o Estudo face à problemática

Na população universitária, a saúde mental, o consumo de substâncias psicoativas e a intrínseca problemática associada a estas duas áreas tem sido alvo

frequente de debate e investigação junto da comunidade científica. Contudo, pela complexidade e multiplicidade etiológica, a sua abordagem ainda carece de maturidade e constante atualização.

A presente evolução social, tecnológica, cultural e financeira da zona euro, designadamente em Portugal e Espanha, condicionam de forma dramática a perceção das atuais variáveis, intrínsecas ou extrínsecas ao individuo, a ter em consideração perante este tipo de comportamento. Assim, é urgente a necessidade de uma mudança de paradigma no que concerne quer à compreensão, quer à eficácia e eficiência na prevenção e intervenção face a este tipo de conduta de risco frequentemente adotada pelos jovens.

A razão pela qual, se optou pela escolha deste tema para a realização da investigação, prende-se em grande parte, com o exercício da profissão de enfermagem em contexto comunitário pela investigadora e naturalmente o interesse pela temática.

Assim, e porque diariamente na sua profissão trabalha numa área com grande abrangência da população jovem, exercendo funções como enfermeira especialista em saúde comunitária na área de saúde pública quis investigar esta questão, pelo que a principal motivação deste estudo foi perceber a realidade desta problemática para o efetivar de estratégias de intervenção dirigidas e incisivas neste contexto específico.

## **1.2. Desenho e Tipo de estudo**

Segundo (Ribeiro, 2010), o desenho de investigação reporta-se à estrutura geral ou plano de investigação de um estudo, considerando a problemática de investigação e os objetivos delineados. Na presente investigação, o trabalho empírico realizado teve como campo de estudo o Instituto Politécnico de Bragança com foco nas 4 Escolas Superiores do Polo de Bragança, consistindo na recolha de dados através da aplicação de um questionário aos estudantes do referido instituto. A sua escolha reside na escassez de estudos sobre saúde mental e substâncias psicoativas nos alunos do ensino superior do município e no facto de esta ser a área geográfica de atuação profissional da investigadora.

Assim, face às características da presente investigação, esta pode ser caracterizada como um estudo de caráter quantitativo – *recorre-se a técnicas*

quantitativas na medida em que se recorre a meios para sumariar, de forma numérica, grandes quantidades de informação com vista a obtenção de descrições, relações e explicações estatísticas com recurso a métodos variados (Gelo et al., 2008; Moore, McCabe & Craig, 2009) descritivo e correlacional – por ser o tipo de pesquisa que procura explorar relações que possam existir entre variáveis com exceção da relação de causa-efeito. Por outro lado o estudo das relações entre variáveis é descritivo porque não há a manipulação de variáveis, sendo a predição o tipo de relação mais frequentemente estabelecida (Fortin, 2009), num plano transversal – considerando a dimensão tempo, em que cada indivíduo é avaliado apenas num único momento e são comparados grupos de pessoas com base nas suas características, e exploratório (Moore, McCabe & Craig, 2009).

### **1.3. Objetivos do Estudo, Hipóteses de investigação e Variáveis em análise**

Os Objetivos de Estudo, designam a principal intenção de um estudo, isto é, corresponde aos resultados que o estudo pretende alcançar (Onwuegbuzie & Leech, 2005).

Assim, neste âmbito, foram delineados como Objetivos de Estudo (OE):

*OE<sub>1</sub>: Identificar o nível da saúde mental (depressão, ansiedade e stress) dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança;*

*OE<sub>2</sub>: Identificar os hábitos de consumo de substâncias psicoativas dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança;*

As Hipóteses de Investigação (HI), são elaboradas tendo em conta o quadro conceptual bem como, a necessidade de resposta à inquietação inicial e aos objetivos do estudo (Onwuegbuzie & Leech, 2005). Deste modo foram traçados os seguintes enunciados das Hipóteses de Investigação que decorrem das variáveis a investigar:

*HI<sub>1</sub>: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com o sexo;*

*HI<sub>2</sub>: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com o sexo;*

*HI<sub>3</sub>: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com a prática de exercício físico;*

*HI<sub>4</sub>: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com a prática de exercício físico;*

*HI<sub>5</sub>: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se já iniciou ou não a atividade sexual;*

*HI<sub>6</sub>: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se já iniciou ou não a atividade sexual*

*HI<sub>7</sub>: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se vive ou não em locais movimentados*

*HI<sub>8</sub>: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se vive ou não em locais movimentados*

*HI<sub>9</sub>: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se considera pertinente mais ações de sensibilização*

*HI<sub>10</sub>: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se considera pertinente mais ações de sensibilização*

*HI<sub>11</sub>: Existem correlações significativas entre as dimensões em estudo*

As variáveis da investigação constituem um elemento fulcral do estudo (Ribeiro, 2010). As variáveis podem ser qualificadas quanto à sua natureza em qualitativas ou quantitativas. As qualitativas, também denominadas de categóricas, podem ser ordinais, quando existe uma ordem definida das suas categorias, seja ela crescente ou decrescente e, caso essa ordem não exista, designam-se de variáveis nominais (Kim et al., 2017).

As variáveis no estudo podem ser designadas, quanto à sua função, como variável dependente e independente. A variável dependente é a variável resposta,

podendo esta também ser designada por variável resultado (McCrum-Gardner, 2008).

Do ponto de vista formal, é o aspeto estudado e medido pelo investigador para determinar o efeito da variável independente.

No presente estudo, as variáveis dependentes são: a saúde mental medida através das dimensões: depressão, ansiedade e stress; e, o uso de substâncias psicoativas através da existência de problemas em sete domínios ou dimensões: o consumo de substâncias, padrão de comportamentos, perturbação mental, estrutura familiar, competências sociais, desempenho académico e relação com os pares. As variáveis independentes são estudadas como causas que poderão interferir em qualquer modificação no resultado. A variável independente é tratada como uma condição prévia, ou seja, como uma condição necessária que precede uma determinada consequência (McCrum-Gardner, 2008).

Como variáveis independentes, foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas, cuja operacionalização ou catalogação as converteu em fatores disponíveis para serem mais facilmente examinadas ao nível da análise descritiva e cruzadas no âmbito da inferência estatística:

- Género: Variável nominal com duas possibilidades de resposta (feminino e masculino);
- Idade: variável quantitativa discreta, assim utilizada para a análise de correlação;
- Estado civil: Variável nominal, agrupadas em cinco classes: Solteiro(a), Casado(a), União de Facto, Divorciado(a) e Viúvo;
- Escola que frequenta: Variável nominal com possibilidade de resposta (questão aberta);
- Prática de exercício Físico: Variável nominal com duas possibilidades de resposta (Sim e Não);
- Curso que frequenta: variável nominal questionada em forma de questão aberta, agrupando-se depois as respostas semelhantes;
- Ano de escolaridade: variável ordinal com possibilidade de resposta a quatro categorias (1º ano, 2º ano, 3º ano e 4º ano);
- Residente em locais movimentados/junto de estabelecimentos noturnos: variável nominal com duas possibilidades de resposta (Sim e Não);
- Início da atividade Sexual já consumado: variável nominal com duas possibilidades de resposta (Sim e Não),

- Pertinência do aumento da sensibilização /formação/informação aos jovens universitários, na área afeta às substâncias psicoativas, através de palestras/seminários/ workshops em contexto académico: variável nominal com duas possibilidades de resposta (Sim e Não).

De seguida apresenta-se o quadro 1 com a operacionalização/catalogação de todas as variáveis, facultando uma leitura mais estruturada.

**Quadro 1** - Caraterização das variáveis utilizadas

Variável	Tipo	Catálogo/Operacionalização Análise descritiva/Inferência estatística
<b>Variáveis Sociodemográficas</b>		
<b>Género</b>	Qualitativa nominal	Feminino Masculino
<b>Idade</b>	Quantitativa discreta	Idade em anos
<b>Estado civil</b>	Qualitativa nominal	Solteiro(a), Casado(a), União de Facto, Divorciado(a) e Viúvo;
<b>Escola que frequenta</b>	Qualitativa nominal	Questão aberta (Possibilidade de agrupar respostas semelhantes)
<b>Prática de Exercício Físico</b>	Qualitativa nominal	Sim Não
<b>Curso que frequenta</b>	Qualitativa nominal	Questão aberta (Possibilidade de agrupar respostas semelhantes)
<b>Ano</b>	Qualitativa ordinal	1º ano 2º ano 3º ano 4º ano
<b>Residente em locais movimentados/junto de estabelecimentos noturnos</b>	Qualitativa nominal	Sim Não
<b>Início da Atividade Sexual</b>	Qualitativa nominal	Sim Não
<b>Pertinência de aumentar a formação</b>	Qualitativa nominal	Sim Não



#### 1.4. População e amostra

População é o conjunto da totalidade de elementos que constituem um determinado grupo que se pretende estudar. Na área do ensino superior, as populações tendem a ser muito grandes pelo que é prática conhecida recorrer-se a amostras, ou seja, a grupos de elementos que são retirados da população de interesse e que se espera que partilhem as mesmas características (McCrum-Gardner, 2008; Moore, McCabe & Craig, 2009). Assim, uma população particular que é sujeita a um estudo designa-se por população-alvo sendo constituída pelos sujeitos que compreendem os critérios de seleção definidos e para os quais se pretende fazer generalizações (Fortin, 2009).

A população alvo neste estudo é constituída pelos estudantes do ensino superior do Instituto Politécnico de Bragança (3957) inscritos no ano letivo de 2016-2017 a frequentar licenciaturas nas unidades orgânicas, designadas escolas do IPB do Campus de Bragança.

(Especificamente: Escola Superior Agrária (ESA), que promove ensino, investigação, experimentação e desenvolvimento tecnológico e, o apoio à comunidade no âmbito das Ciências Agrárias; Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTiG), que se tem assumido como uma Escola de Tecnologia e Gestão de excelência e referência no país, apresentando a missão da formação e de investigação/desenvolvimento nas áreas da engenharia e das ciências empresariais; Escola Superior de Saúde (ESSa), cujo compromisso assenta no desenvolvimento da formação nas áreas das tecnologias em saúde; e, Escola Superior de Educação (ESE), com os desígnios associados à formação inicial de Educadores de Infância e de Professores do Ensino Básico (1º, 2º e 3º ciclos).)

A população dos cursos de licenciatura por Escolas do Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior Agrária (ESA): 437 alunos; Escola Superior de Educação (ESE): 1032 alunos; Escola Superior Tecnológica e Gestão (ESTiG): 1608 alunos e Escola Superior de Saúde (ESSa): 880 alunos (dados fornecidos pelos serviços académicos do IPB no ano letivo de 2016/2017), tal como sistematizado no quadro2.

**Quadro 2 - Parque Escolar 2016-2017**

<b>Parque Escolar 2016-2017</b>	
<b>Instituto Politécnico de Bragança</b>	
<b>Campus de Bragança (Unidades Orgânicas)</b>	<b>Total</b>
<b>Escola Superior Agrária (ESA)</b>	437
<b>Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTiG)</b>	1608
<b>Escola Superior de Saúde (ESSa)</b>	880
<b>Escola Superior de Educação (ESE)</b>	1032
<b>Total</b>	3957

No entanto, de realçar que perante as particularidades desta investigação, se optou por uma amostra representativa do total de estudantes que frequentava as componentes teóricas nas quatro unidades orgânicas relativas apenas ao campus de Bragança do IPB pela proximidade geográfica com a investigadora. Posteriormente, considerou-se para cada unidade orgânica a amostra proporcional ao peso que esta tem no total de alunos em estudo.

Desta distribuição populacional, foi retirada uma proporção de cada Escola, de forma a garantir uma amostra representativa.

De modo a obter-se amostra que traduzisse a referida população, contemplou-se:  
-Diversos anos para obtermos uma panorâmica global da temática em estudo em diferentes instantes da vida no ensino superior, desde o 1º ano, que inclui estudantes em processo de transição e integração no ensino superior, até ao 4º ano em que o estudante se encontra em plena vida académica.

A amostragem foi determinada de acordo com um plano de seleção proporcional às unidades orgânicas do IPB. Assim, tendo por base a população total 3957 estudantes optou-se por ver o peso dos estudantes que frequentam cada escola para depois fazer a

distribuição dos questionários de acordo com cada situação. Deste modo obteve-se a seguinte proporção por escola: ESA: 11.0%, ESE: 26.1%, ESTiG: 40.7% e ESSa: 22.2%. Tal como discriminado no quadro 3.

**Quadro 3 – Representatividade por Unidade Orgânica**

<b>Parque Escolar 2016-2017</b>		
<b>Instituto Politécnico de Bragança</b>		
<b>Campus de Bragança</b> <b>(Unidades Orgânicas)</b>		<b>Representatividade</b> <b>da Unidade orgânica %</b>
<b>Escola Superior Agrária (ESA)</b>	437	11.0%
<b>Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTiG)</b>	1608	40.7%
<b>Escola Superior de Saúde (ESSa)</b>	880	22.2%
<b>Escola Superior de Educação (ESE)</b>	1032	26.1%
<b>Total</b>	3957	100%

Posteriormente, com base num erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%, a amostra mínima calculada foi de 351 participantes, distribuídos pelas quatro Unidades Orgânicas da seguinte forma:

- **ESA:** 39 estudantes;
- **ESSa:** 78 estudantes;
- **ESE:** 91 estudantes; e,
- **ESTiG:** 143 estudantes.

**Quadro 4 – Constituição da Amostra**

<b>Instituto Politécnico de Bragança</b>			
<b>Campus de Bragança (Unidades Orgânicas)</b>		<b>Representatividade da Unidade orgânica %</b>	<b>Constituição mínima da Amostra</b>
<b>ESA</b>	437	11.0%	39
<b>ESTiG</b>	1608	40.7%	143
<b>ESSa</b>	880	22.2%	78
<b>ESE</b>	1032	26.1%	91
<b>Total</b>	3957	100%	351

Não esquecendo que para definir a amostra de estudo, se consideraram os seguintes critérios de inclusão:

- i. Estudantes do Instituto Politécnico de Bragança;
- ii. Estudantes a frequentar componente teórica;

Como critérios de exclusão:

- i. Questionários incompletos;
- ii. Estudantes de CETs, CTeSP e de Mestrado; e,
- iii. Estudantes da Escola Superior de Comunicação Administração e Turismo de Mirandela. (Campus de Mirandela)

Na presente investigação recorreu-se, deste modo, a uma amostra não probabilística selecionada por conveniência, apesar deste tipo de amostragem não ser representativo da população, recorre-se a ela quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. Por outro lado, este processo amostral não garante que a amostra seja representativa, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria. No entanto pode ser usada com êxito em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais, identificar aspetos críticos

do que propriamente a objetividade científica (Moore, McCabe & Craig, 2009). Além de se traduzir como um método que tem a vantagem de ser rápido, pouco dispendioso e fácil (Correa, 2003).

Ou seja, neste estudo, esta prática consistiu em selecionar uma amostra da população acessível, os indivíduos utilizados na pesquisa foram selecionados porque se encontravam prontamente disponíveis, não tendo sido selecionados por meio de um critério estatístico. Essa conveniência representou uma maior facilidade operacional e baixo custo de amostragem, pois foi formada pelos inquiridos que estiveram presentes na sala de aula e responderam prontamente ao preenchimento do questionário.

### **1.5. Instrumento de recolha de dados**

A escolha das técnicas para recolher informação deve-se à sua pertinência específica para a elaboração do estudo pretendido. Neste sentido, ao longo da presente investigação os dados foram recolhidos através da aplicação de questionários.

(No entanto, a pesquisa bibliográfica foi uma técnica efetivada, no âmbito cronológico ao longo de toda a investigação, na medida em que se trata de processo inacabado para o investigador, visto que este se mantém em constante atualização. Estas pesquisas foram realizadas em biblioteca ou através de pesquisa de material disponível via on line na internet em livros, monografias, periódicos, artigos e seus resumos em revistas científicas, teses, atas de congressos, documentos legislativos e judiciais.)

Ghiglione & Matalon (1993) citados por Fernandes (2013), referem que optar por um inquérito por questionário permite interrogar um vasto número de indivíduos e tem como intuição efetuar uma generalização. E de acordo com (Fortin, 2009), a aplicação de questionários é o método de colheita de dados mais utilizado por investigadores, pela facilidade de aplicação, rapidez e baixo custo. Tendo por propósito recolher informações factuais sobre diversos tipos de fenómenos.

Para este estudo foram abordadas distintas vertentes com um ponto comum: o estudante do ensino superior. Na presente investigação optou-se por uma abordagem mista, visto que, se construiu um questionário que utilizou simultaneamente uma ficha

sociodemográfica elaborada pela investigadora e pela aplicação de escalas construídas por outros investigadores e já traduzidas e testadas na população portuguesa, nomeadamente a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS21) de Lovibond e Lovibond cuja adaptação portuguesa se deve a Pais Ribeiro ( Pais Ribeiro et al., 2004) e o Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI-R) (Tarter & Hegedus, 1991) Versão traduzida e adaptada por Rodrigues & Cardoso, 2013 (Rodrigues, 2013).

Assim deste modo, foi aplicado pela investigadora, presencialmente nas quatro escolas do Campus de Bragança do IPB, incluindo no estudo todos os alunos que aceitaram voluntariamente participar no estudo, com consentimento esclarecido e informado escrito o instrumento de recolha de dados – *“Estudo Científico sobre o Consumo de substâncias nos jovens universitários do Instituto Politécnico de Bragança”* (Anexo 1) composto pelos seguintes questionários:

#### **1.5.1. Questionário de Caracterização sociodemográfica**

Este questionário sociodemográfico foi construído especificamente para esta investigação, considerando a população-alvo e os objetivos em estudo e visou a recolha de informação relativa à pormenorização da referida população face ao género, idade, estado civil, prática do exercício físico, início da atividade sexual, aluno em contexto deslocado, residência em locais movimentados/junto de estabelecimentos noturnos, pertinência de formação em contexto académico. Informações que, para além de possibilitarem a caracterização, podem exercer a dupla função de funcionar como fatores que influenciam ou não o consumo de substâncias psicoativas e a saúde mental do jovem inquirido.

#### **1.5.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS21)**

A EADS21 de Lovibond e Lovibond cuja adaptação portuguesa se deve a Pais Ribeiro (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos e organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma delas sete itens.

As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. A subescala Ansiedade é constituída por Excitação do Sistema Autónomo (itens 2, 4 e 19),

Efeitos Músculos Esqueléticos (item 7), Ansiedade Situacional (item 9) e Experiências Subjetivas de Ansiedade (itens 15, 20). A subescala Depressão é constituída por Disforia (item 13), Desânimo (item 10), Desvalorização da Vida (item 21), Auto depreciação (item 17), Falta de interesse ou de envolvimento (item 16), Anedonia (item 3) e Inércia (item 5). A subescala Stress é constituída por Dificuldade em Relaxar (itens 1 e 12), Excitação Nervosa (item 8), Facilmente Agitado/Chateado (item 18), Irritação/Reação Exagerada (itens 6, 11) e Impaciência (item 14).

Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas negativos. Solicita-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert.

Os inquiridos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência. Relativamente à sua cotação e Interpretação temos que os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

### **1.5.3. Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI- R)**

Para determinar a existência de consumos de substâncias foi utilizado o DUSI-R (Drug Use Screening Inventory-Revised) (Tarter & Hegedus, 1991). Versão traduzida e adaptada para o contexto português por Rodrigues & Cardoso, 2013 (Rodrigues, 2013).

Este inventário na sua conceção original possui 149 questões de resposta sim/não, e avalia dez domínios. Tendo em conta a extensão do instrumento, foram removidas as questões relacionadas com três domínios considerados menos pertinentes para a realização da presente investigação: problemas de saúde físicos, desempenho a nível profissional e lazer/recreação. Assim, o instrumento ficou com 117 questões, de resposta sim/não, podendo sinalizar a presença de problemas em 6 outros domínios para além do consumo de substâncias:

- Padrão de comportamentos;
- Perturbação mental;
- Estrutura família;
- Competências sociais;
- Desempenho académico;
- Relação com os pares.

De acordo com Rodrigues (2013), relativamente à sua cotação e Interpretação temos que existem três formas de cotação: Densidade absoluta do problema (DA), que é indicadora da gravidade geral em cada uma das áreas separadamente; Densidade relativa do problema (NDR), que reflete a contribuição de cada uma das áreas para o total de problemas do indivíduo; e densidade global dos problemas (DG), que remete à gravidade geral de problemas.

As pontuações obtidas remetem para a gravidade dos problemas, em percentagem, variando de zero (0) a cem (100). Ainda segundo o mesmo autor, face à DA do problema, as pontuações superiores a quinze por cento representam a existência de problemas, no entanto, para cada área existe um ponto de corte diferente que indica a existência de um problema grave: para o consumo de substâncias é 53.3%, para o padrão de comportamento é 60.0%, para a perturbação mental é 60.0%, para as competências sociais é 57.1%, para a estrutura familiar é 71.4%, para o desempenho académico é 60.0%, e para a relação com pares é 50.0%, tal como sistematizado no quadro 5.



**Quadro 5-** Ponto de corte específico para problema grave (DA) no DUSI R, de acordo com Rodrigues (2013)

<b>Domínios/ Dimensões do DUSI- R</b>	<b>Ponto de corte</b>
<b>Consumo de substâncias</b>	53.3%
<b>Padrão de comportamento</b>	60.0%
<b>Perturbação mental</b>	60.0%
<b>Competências sociais</b>	57.1%
<b>Estrutura familiar</b>	71.4%
<b>Desempenho académico</b>	60.0%
<b>Relação com os pares</b>	50.0%

No presente estudo focou-se somente a Densidade Absoluta, ou seja, uma análise de cada uma das sete áreas ou dimensões em estudo.

A amostra selecionada, tal como já referido, para a realização deste estudo foi constituída por estudantes do Instituto Politécnico de Bragança.

### **1.6. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas**

Após obtida a autorização do senhor presidente do Instituto Politécnico de Bragança, deu-se início à presente investigação (Anexo VI).

Numa primeira etapa foram obtidas as devidas autorizações dos autores dos instrumentos utilizados a EADS 21 e o inventário DUSI- R. A utilização da escala “Escala Ansiedade Depressão e Stress 21” foi autorizada pelo autor Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro (Anexo IV) e a autorização da utilização do DUSI-R foi concedida pelo Mestre Paulo Jorge Rodrigues, autor conjunto da adaptação para a população portuguesa do inventário DUSI R (Anexo III) que fazem parte do questionário utilizado no âmbito da presente investigação, para se poder proceder à sua aplicação.

Posteriormente foram contatados os docentes das escolas afetas aos cursos de Licenciatura abrangidos (Escola Superior Agrária, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Educação) tendo sido previamente agendado o horário para a aplicação do questionário aos estudantes em contexto de escola.

Na aplicação do questionário foi tida em consideração a necessidade de proteção dos direitos do indivíduo, respeitando os seus direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, bem como, o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009). Ou seja, foram tidos em consideração os princípios da Declaração de Helsínquia: consentimento informado; respeito pelo arbítrio em colaborar ou não no presente estudo; garantia do direito à confidencialidade das suas respostas e o anonimato das informações; garantia da não manipulação dos participantes de forma a darem respostas favoráveis; adoção constante de uma postura de respeito pelos valores culturais e religiosos de cada um (World Medical Association, 2013). Além de que a presente investigação também respeita integralmente os princípios éticos, valores e normas do código deontológico do enfermeiro, inserido na republicação do estatuto da referida ordem (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2015).

A participação e colaboração dos estudantes do IPB neste estudo foi voluntária e para salvaguardar os princípios éticos foi solicitada a devida autorização aos estudantes para a aplicação dos questionários através do consentimento informado da seguinte forma: antes de aplicar o questionário, foi explicado em que âmbito este estava a ser aplicado, a importância do estudo e os objetivos do mesmo, garantindo sempre o anonimato e a confidencialidade dos dados. Assim sendo, o consentimento foi tido por parte dos estudantes através da resposta efetuada presencialmente e também no próprio instrumento de dados antes da efetivação das respostas, proporcionando naturalmente ao estudante a possibilidade de recusar participar ou cessar a sua participação a qualquer momento sem qualquer consequência.

A revisão da bibliografia efetuada honrou os direitos de autor, tendo sido também obtida a autorização dos autores para a utilização das escalas no âmbito da colheita de dados (Anexo III e Anexo IV).

O período de recolha dos dados inseriu-se no ano letivo/escolar de 2016-2017, no período de abril de 2017 até junho de 2017.

De acordo com Mills & Kroner (2006), um dos problemas na aplicação de instrumentos de autorrelato remete para a desejabilidade social. Esta pode ser definida como a tendência dos sujeitos para negarem traços socialmente indesejáveis e assumirem traços socialmente desejáveis, bem como a tendência a dizerem aquilo que os coloca numa posição mais favorável.

### **1.7- Procedimentos estatísticos**

Após realizada a colheita de dados para o estudo, houve necessidade de recorrer a métodos estatísticos apropriados e adaptados às variáveis e à amostra para se fazer a correta análise e interpretação dos resultados. Os dados foram reunidos, organizados, analisados e tratados matematicamente e estatisticamente, sendo expostos sob a forma de texto, tabelas e gráficos.

Assim, depois da colheita de dados, estes foram inseridos numa base de dados informatizada e processados no programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® versão 23), (IBM, 2013). Também se utilizou o programa Microsoft Office Excel 15.0, Office 2013, para a elaboração das tabelas e gráficos de apresentação dos resultados obtidos.

Tendo-se estabelecido o nível de significância de 95% ( $\alpha=0.05$ ). Vários autores sugerem que, em ciências humanas, é convencional aceitar probabilidades, até pelo menos, de 5 em 100.

Para ir ao encontro dos Objetivos de Estudo e das Hipóteses de Investigação e posterior análise e perceção dos resultados, utilizaram-se os outputs das técnicas de estatística descritiva, inferencial e correlacional.

A estatística descritiva ocupa-se da distribuição das frequências afetas ao fenómeno em estudo e a estatística inferencial conduz-nos à generalização de resultados da amostra em questão para a população (Freitag, 2018).

Assim, para dar resposta aos Objetivos de Estudo da presente investigação, foi efetuada a estatística descritiva, também designada análise exploratória de dados ou análise preliminar de dados, utilizando-se nomeadamente medidas de tendência central, como a média (M) e medidas de dispersão através do desvio padrão (DP). Com o objetivo de avaliar a associação das variáveis a análise estatística dos resultados obtidos foi realizada através de tabelas de cruzamento de variáveis com aplicação do teste do qui-quadrado

De seguida calculou-se, para cada uma das dimensões em estudo, o coeficiente de consistência interna (*alpha de Cronbach -  $\alpha$* ), no sentido da análise da sua fiabilidade (Cronbach, 1951, 1988). A fiabilidade do instrumento refere-se à propriedade de consistência e reprodutividade da medida (Maroco, 2007). Um instrumento diz-se fiável se mede de forma consistente e reprodutível uma determinada característica ou fator interessante. Um alfa de Cronbach abaixo de .5 é considerado inaceitável, entre .5 e .6 fraco, entre .6 e .7 questionável, entre .7 e .8 aceitável, entre .8 e .9 bom, e acima de .9 é considerado excelente (Cronbach, 1951, 1988; Moore, McCabe & Craig, 2009; Pestana & Gageiro, 2005)

Para dar resposta às Hipóteses de Investigação 1 a 10, i.e. identificar diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos e correlações entre as várias dimensões em estudo, foi necessário definir os testes estatísticos a utilizar, ou seja, testes paramétricos ou não-paramétricos.

(Seguiu-se, com esse propósito, as mais recentes recomendações nessa matéria, que envolve a utilização do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, em detrimento do teste de Kolgomorov-Smirnov (Ghasemi & Zahediasl, 2012; Steinskog, Tjøstheim & Kvamstø, 2007) e a observação visual dos gráficos de distribuição (Ghasemi & Zahediasl, 2012), em vez da aplicação automática do teorema de limite central (Fay & Proschan, 2010; McCrum-Gardner, 2008; Nayak & Hazra, 2011)

Das análises efetuadas através dos testes de Shapiro-Wilk, conclui-se que a distribuição dos dados, para os vários grupos de variáveis independentes analisadas nas Hipóteses de Investigação, segue uma distribuição não-normal. No que concerne os testes de homogeneidade das variâncias, esta verificou-se somente em sete combinações das cinquenta existentes, violando assim na larga maioria dos casos o requisito para

considerar a distribuição normal. Finalmente, em termos da análise de Kurtosis dos dados das várias dimensões, concluiu-se que três das dimensões apresentam Kurtosis superior a 1.96, ponto de corte geralmente aceite na literatura como limite para considerar a distribuição normal (Hair et al., 2014).

Estamos assim, baseados nas análises acima mencionadas, perante um conjunto de dados que, na sua maioria, infringem os princípios duma distribuição normal, sendo assim recomendável a utilização de testes não-paramétricos (De Winter & Dodou, 2010; Fay & Proschan, 2010; Nachar, 2016)

Tal constatação define igualmente que a verificação da Hipótese de Investigação 11 será feita através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. Os coeficientes de correlação classificam-se da seguinte forma: 0.00–0.09 correlação negligenciável; 0.10–0.39 correlação fraca; 0.40–0.69 correlação moderada; 0.70–0.89 correlação forte; e, 0.90–1.00 correlação muito forte (Schober & Schwarte, 2018)

No caso dos testes das Hipóteses de Investigação, sempre que existiam diferenças significativas, foi também calculado do tamanho de efeito através do *d* de Cohen (Cohen, 1988; Fritz, Morris & Richler, 2012; Sullivan & Feinn, 2012).

Quanto maior *d* de Cohen maior o tamanho do efeito, sendo que a interpretação do valor é:  $d < .01$  = muito pequeno;  $.01 \leq d < .5$  = pequeno;  $.5 \leq d < .8$  = intermédio;  $.8 \leq d < 1.2$  = grande;  $1.2 \leq d < 2$  = muito grande; e,  $d \geq 2.0$  = enorme (Sawilowsky, 2009)

Tal constatação define igualmente que a verificação da Hipótese de Investigação 11 será feita através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. Os coeficientes de correlação classificam-se da seguinte forma: 0.00–0.09 correlação negligenciável; 0.10–0.39 correlação fraca; 0.40–0.69 correlação moderada; 0.70–0.89 correlação forte; e, 0.90–1.00 correlação muito forte (Schober & Schwarte, 2018).

Assim, os métodos de análise de dados e as técnicas estatísticas aplicados, para validar os Objetivos de Estudo e testar as Hipóteses de investigação, são apresentados, de forma esquemática, na Tabela 1 e Tabela 2.

**Tabela 1 - Análise de Dados e Técnicas Estatísticas Aplicadas referente aos OE**

<b>Objetivo de Estudo (OE)</b>	<b>Técnicas estatísticas aplicadas</b>
OE1: Identificar o nível da saúde mental (ansiedade, depressão e stress) dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança	Estatística descritiva, apresentando valores médios (M), os respetivos desvios padrão (DP), número de observações (n) e intensidade da ansiedade, depressão e stress com frequências
OE2: Identificar os hábitos de consumo de substâncias psicoativas dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança	Estatística descritiva, apresentando valores médios (M), os respetivos desvios padrão (DP) e número de observações (n)

**Tabela 2 - Análise de Dados e Técnicas Estatísticas Aplicadas referente às HI**

<b>Hipótese de Investigação (HI)</b>	<b>Técnicas estatísticas aplicadas</b>
HI1: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com o sexo	Estatística inferencial, através de testes de Mann-Whitney, apresentando o posto médio (PM), a significância (p) e o tamanho de efeito (d)
HI2: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com o sexo	Estatística inferencial, através de testes de Mann-Whitney, apresentando o posto médio (PM), a significância (p) e o tamanho de efeito (d)
HI3: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com a prática de exercício físico	Estatística inferencial, através de testes de Mann-Whitney, apresentando o posto médio (PM), a significância (p) e o tamanho de efeito (d)
HI4: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com a prática de exercício físico	Estatística inferencial, através de testes de Mann-Whitney, apresentando o posto médio (PM), a significância (p) e o tamanho de efeito (d)
HI5: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se já iniciou ou não a atividade sexual	Estatística inferencial, através de testes de Mann-Whitney, apresentando o posto médio (PM), a significância (p) e o tamanho de efeito (d)
HI6: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se já iniciou ou não a atividade sexual	Estatística inferencial, através de testes de Mann-Whitney, apresentando o posto médio (PM), a significância (p) e o tamanho de efeito (d)

---

<b>Hipótese de Investigación (HI)</b>	<b>Técnicas estadísticas aplicadas</b>
HI7: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se vive ou não em locais movimentados	Estatística inferencial, através de testes de Mann-Whitney, apresentando o posto médio (PM), a significância (p) e o tamanho de efeito (d)
HI8: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se vive ou não em locais movimentados	Estatística inferencial, através de testes de Mann-Whitney, apresentando o posto médio (PM), a significância (p) e o tamanho de efeito (d)
HI9: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se considera pertinente mais ações de sensibilização	Estatística inferencial, através de testes de Mann-Whitney, apresentando o posto médio (PM), a significância (p) e o tamanho de efeito (d)
HI10: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se considera pertinente mais ações de sensibilização	Estatística inferencial, através de testes de Mann-Whitney, apresentando o posto médio (PM), a significância (p) e o tamanho de efeito (d)
HI11: Existem correlações significativas entre as dimensões em estudo	Coefficiente de correlação não-paramétrico rho de Spearman ( $\rho$ )

---

## 2 | APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

---

Neste capítulo são expostos os resultados obtidos através da análise estatística descritiva, inferencial e correlacional.

Depois de tratados os dados informaticamente, segue-se a sua análise, utilizando a estatística inferencial que visa avaliar a relação existente entre variáveis, permitindo dar resposta aos objetivos definidos e verificação das hipóteses anteriormente formuladas.

Assim, os resultados apresentados têm em consideração os objetivos mencionados anteriormente bem como as hipóteses de investigação formuladas, tendo em conta as variáveis em estudo: características sociodemográficas, saúde mental (Depressão, Ansiedade e Stress) e utilização de substâncias (nas dimensões Consumo de substâncias, Padrão de comportamentos, Perturbação mental, Estrutura familiar, Competências sociais, Desempenho académico e Relação com os pares).

### 2.1. Caracterização sociodemográfica- Análise descritiva

A amostra por conveniência da presente investigação é constituída por 392 estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, a frequentar licenciaturas na Escola Superior Agrária, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Educação dos quais 238 (60.7%) são do Sexo feminino e 154 (39.3%) do Sexo masculino, tal como se pode ver na tabela 3.

**Tabela 3** – Caracterização da amostra por Sexo

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	238	60.7%
<b>Masculino</b>	154	39.3%
<b>Total</b>	392	100%

Uma maior percentagem de respondentes mulheres era já expectável, uma vez que a percentagem atual de mulheres no ensino superior, segundo os dados da Direção-Geral



de Estatísticas da Educação e Ciência e Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC, 2018) é de 52.7%, existindo uma cada vez maior feminização da frequência deste nível de ensino.

O ano de curso, ou seja, o Ano escolar que menos predomina é o quarto ( $n=32$ ;  $\%=8.2$ ), sendo o primeiro e o terceiro os que englobam maior número de alunos, respetivamente ( $n=126$ ;  $\%=32.1$ ) e ( $n=143$ ;  $\%=36.5$ ),

**Tabela 4** – Caraterização da amostra de acordo com o Ano de curso

<b>Ano de Curso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Primeiro</b>	126	32.1%
<b>Segundo</b>	91	23.2%
<b>Terceiro</b>	143	36.5%
<b>Quarto</b>	32	8.2%
<b>Total</b>	392	100%

Podemos também observar que a maioria dos estudantes inqueridos no estudo tem mais de 20 anos de Idade. ( $n= 317$ ;  $\%=88.8$ ), tal como observado na tabela 5.

**Tabela 5** – Caraterização da amostra de acordo com a Idade

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>&lt;20</b>	75	19.1%
<b>20</b>	66	26.9%
<b>21-22</b>	144	36.7%
<b>&gt;22</b>	107	27.3%
<b>Total</b>	392	100%

Relativamente ao seu Estado civil, tal como exposto na tabela 6, a grande maioria é solteira ( $n= 380$ ;  $\%=96.9$ ).

**Tabela 6** – Caraterização da amostra de acordo com o Estado Civil

<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Solteiro</b>	380	96.6%
<b>Casado</b>	6	1.5%
<b>União de facto</b>	2	0.5%
<b>Divorciado</b>	1	0.3%
<b>Viúvo</b>	3	0.8%
<b>Total</b>	392	100%

Tal como apresentado na tabela 7, quanto ao Início da atividade sexual temos que a maioria afirma ter já iniciado (n= 315; %=80.4).

**Tabela 7** – Caraterização da amostra de acordo com o Início da Atividade Sexual

<b>Início Atividade Sexual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	315	80.4%
<b>Não</b>	77	19.6%
<b>Total</b>	392	100%

Face à Prática do exercício físico cerca de dois terços dos jovens inquiridos dizem-se praticantes (n= 261; %=66.6), o que se pode visualizar na tabela seguinte.

**Tabela 8** – Caraterização da amostra de acordo com à Prática de Exercício Físico

<b>Exercício Físico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	261	66.6%
<b>Não</b>	131	33.4%
<b>Total</b>	392	100%

Encontrou-se um ligeiro acréscimo, tal como se constata na tabela abaixo, nos inquiridos que referiram Não Residir em locais movimentados/junto de estabelecimentos noturnos (n= 200; %=51.0).

**Tabela 9** – Caraterização da amostra de acordo com o Local De residência

<b>Movimentação no Local de residência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	192	49.0%
<b>Não</b>	200	51.0%
<b>Total</b>	392	100%

Quando questionados os alunos relativamente à Pertinência do aumento de sensibilização/formação/informação aos jovens universitários na área afeta às substâncias psicoativas e temática subjacente, através de palestras, seminários, workshops em contexto académico a maioria dos estudantes considerou-a pertinente (n= 332; %=84.7), tal como se encontra na tabela 10.

**Tabela 10** – Caraterização da amostra de acordo Pertinência de Formação

<b>Pertinência de Formação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	332	84.7%
<b>Não</b>	60	15.3%
<b>Total</b>	392	100%

(A tabela 11, que se segue, reúne no geral e de modo sistematizado, as frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas e informações de índole contextual implícitas recolhidas.)

**Tabela 11-** Caracterização sociodemográfica da amostra- global

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	154	39.3%
	Feminino	238	60.7%
	Total	392	100.0%
<b>Faixa Etária</b>	<20	75	19.1%
	20	66	16.8%
	21-22	144	36.7%
	>22	107	27.3%
	ESA	46	11.7%
<b>Escola</b>	ESSa	78	19.9%
	ESE	122	31.1%
	ESTiG	146	37.2%
	Primeiro	126	32.1%
<b>Ano Escolar</b>	Segundo	91	23.2%
	Terceiro	143	36.5%
	Quarto	32	8.2%
	Quinto	0	0.0%
	Solteiro	380	96.9%
<b>Estado Civil</b>	Casado	6	1.5%
	União de Facto	2	0.5%
	Divorciado	1	0.3%
	Viúvo	3	0.8%
<b>Já iniciou atividade sexual</b>	Sim	315	80.4%
	Não	77	19.6%
<b>Exercício Físico</b>	Sim	261	66.6%
	Não	131	33.4%
<b>Reside em locais movimentados</b>	Sim	192	49.0%
	Não	200	51.0%
<b>Considera pertinente um aumento da sensibilização</b>	Sim	332	84.7%
	Não	60	15.3%

## 2.2. Perspetiva descritiva das 3 Sub escalas em estudo da Escala Ansiedade Depressão e Sress (EADS 21)

Considerámos pertinente uma perceção do comportamento dos jovens inquiridos em cada item das respetivas subescalas em estudo na referida escala de Saúde Mental (Ansiedade, Depressão e Stress).

### Sub escala – Ansiedade

Na tabela 12 apresentam-se os resultados relativos aos itens da dimensão ansiedade. Observa-se que a maioria dos estudantes inquiridos afirmou que nunca sentiu as sensações/preocupações expostas. Na realidade, a sensação desagradável mais comum é “Senti a minha boca seca” seguida da sensação “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico” e da sensação “Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula”.

**Tabela 12** – Caraterização da subescala Ansiedade da EADS 21

Item	Nunca n (%)	Algumas vezes n (%)	Muitas vezes n (%)	A maior parte das vezes n (%)	Total n (%)
Senti a minha boca seca	216 (55.1%)	129 (32.9%)	37 (9.4%)	10 (2.6%)	392 (100%)
Senti dificuldades em respirar	277 (70.7%)	78 (19.9%)	30 (7.7%)	7 (1.8%)	392 (100%)
Senti tremores	274 (69.9%)	72 (18.4%)	40 (10.2%)	6 (1.5%)	392 (100%)
Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	257 (65.6%)	91 (23.2%)	33 (8.4%)	11 (2.8%)	392 (100%)
Senti-me quase a entrar em pânico	299 (76.3%)	59 (15.1%)	22 (5.6%)	12 (3.1%)	392 (100%)
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	251 (64.0%)	82 (20.9%)	42 (10.7%)	17 (4.3%)	392 (100%)
Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	279 (71.2%)	78 (19.9%)	23 (5.9%)	12 (3.1%)	392 (100%)

### Sub escala – Depressão

Na tabela 13 apresentam-se os resultados relativos aos itens da dimensão depressão. Observa-se que a maioria dos estudantes inquiridos afirmou que nunca sentiu as sensações/preocupações expostas. Destacam-se com alguma frequência: “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” e “Senti-me desanimado e melancólico”.

**Tabela 13** – Caraterização da subescala Depressão da EADS 21

Item	Nada n (%)	Algumas vezes n (%)	Muitas vezes n (%)	A maior parte das vezes n (%)	Total n (%)
Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	268 (68.4%)	89 (22.7%)	25 (6.4%)	10 (2.6%)	392 (100%)
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	188 (48.0%)	141 (36.0%)	44 (11.2%)	19 (4.8%)	392 (100%)
Senti que não tinha nada a esperar do futuro	290 (74.0%)	72 (18.4%)	19 (4.8%)	11 (2.8%)	392 (100%)
Senti-me desanimado e melancólico	200 (51.0%)	128 (32.7%)	45 (11.5%)	19 (4.8%)	392 (100%)
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	284 (72.4%)	78 (19.9%)	19 (4.8%)	11 (2.8%)	392 (100%)
Senti que não tinha muito valor como pessoa	289 (73.7%)	73 (18.6%)	20 (5.1%)	10 (2.6%)	392 (100%)
Senti que a vida não tinha sentido	300 (76.5%)	57 (14.5%)	19 (4.8%)	16 (4.1%)	392 (100%)

### Sub escala – Stress

Na tabela 14 apresentam-se os resultados relativos aos itens da dimensão stress. Observa-se que a maioria dos estudantes inquiridos afirmou experienta pelo menos com alguma frequência as sensações/dificuldades apresentadas. Destacam-se: “Senti que por vezes estava sensível”; “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações”; “Tive dificuldades em me acalmar” e “Senti dificuldade em me relaxar”.

**Tabela 14 – Caracterização da subescala Stress da EADS 21**

Item	Nada n (%)	Algumas vezes n (%)	Muitas vezes n (%)	A maior parte das vezes n (%)	Total n (%)
Tive dificuldades em me acalmar	174 (44.4%)	148 (37.8%)	51 (13.0%)	19 (4.8%)	392 (100%)
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	175 (44.6%)	155 (39.5%)	49 (12.5%)	13 (3.3%)	392 (100%)
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	185 (47.2%)	141 (36.0%)	49 (12.5%)	17 (4.3%)	392 (100%)
Dei por mim a ficar agitado	199 (50.8%)	129 (32.9%)	50 (12.8%)	14 (3.6%)	392 (100%)
Senti dificuldade em me relaxar	171 (43.6%)	147 (37.5%)	58 (14.8%)	16 (4.1%)	392 (100%)
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	220 (56.1%)	128 (32.7%)	34 (8.7%)	10 (2.6%)	392 (100%)
Senti que por vezes estava sensível	139 (35.5%)	157 (40.1%)	69 (17.6%)	27 (6.9%)	392 (100%)

### 2.3. Perspetiva Exploratória das 7 Dimensões em estudo do Drug Use Screening Inventory – Revised (DUSI-R)

Considerámos também pertinente uma perceção do comportamento dos jovens inquiridos em cada item das respetivas dimensões em estudo no referido inventário (Uso de substâncias, Padrão de comportamentos, Perturbação mental, Estrutura familiar, Competências sociais, Desempenho académico e Relação com os pares).

#### Dimensão – Uso de Substâncias

Assim, atendendo à tabela 15 observa-se que a maioria dos inquiridos não assumiu os comportamentos descritos. Contudo é de salientar que 43.6% (n=171) dos alunos que participaram no estudo “Gosta de jogos que envolvam bebidas quando vai a festas”; 36.0% (n=141) “Já teve sintomas de abstinência após o uso de álcool”; 36.0% (n=141) “Já teve problemas para se lembrar do que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool”; 19.9% (n=78) “Já sentiu falta ou teve forte desejo por álcool ou

drogas” e 15.8% (n=62) “Já teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa da bebida ou do seu uso de drogas”.

**Tabela 15** – Caracterização da Dimensão Uso de Substâncias do DUSI R

<b>Itens da dimensão Uso de Substâncias</b>	<b>Sim n (%)</b>	<b>Não n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
Já sentiu falta ou teve forte desejo por álcool ou drogas?	78 (19.9%)	314 (80.1%)	392 (100%)
Já teve que aumentar o consumo de drogas ou álcool para conseguir o efeito desejado?	58 (14.8%)	334 (85.2%)	392 (100%)
Já sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?	28 (7.1%)	364 (92.9%)	392 (100%)
Já sentiu que estava viciado ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?	19 (4.8%)	373 (95.2%)	392 (100%)
Já deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?	56 (14.3%)	336 (85.7%)	392 (100%)
Já infringiu regras ou desobedeceu a leis por estar sob o efeito de álcool ou drogas?	58 (14.8%)	334 (85.2%)	403 (100%)
Muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, devido a drogas?	23 (5.9%)	369 (94.1%)	392 (100%)
Já sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?	11 (2.8%)	381 (97.2%)	392 (100%)
Já se aleijou acidentalmente ou aleijou alguém depois de usar álcool ou drogas?	24 (6.1%)	368 (93.9%)	392 (100%)
Já teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa da bebida ou do seu uso de drogas?	62 (15.8%)	330 (84.2%)	392 (100%)
Já teve sintomas de abstinência após o uso de álcool?	141 (36.0%)	251 (64.0%)	392 (100%)
Já teve problemas para se lembrar do que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?	141 (36.0%)	251 (64.0%)	392 (100%)
Gosta de jogos que envolvam bebidas quando vai a festas?	171 (43.6%)	221 (56.4%)	392 (100%)
Tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?	25 (6.4%)	367 (93.6%)	392 (100%)

### **Dimensão – Padrão de Comportamento**

Relativamente aos itens que caracterizam a dimensão Padrão de Comportamento, tabela 16, observa-se que a maioria dos inquiridos assumiu que “Sou teimoso”, 74.5% (n=292); “Sou desconfiado em relação a outras pessoas”, 60.5% (n=237); “Tenho um feitio difícil”, 56.4% (n=221) e “Aceito bem as críticas”, 77.3% (n=303). De salientar que 47.7% (n=187) referiu “Quando reclamo digo muitos palavrões”, 41.6% (n=163) afirmou que “Chateio-me ou aborreço-me facilmente” e (29.3%) (n=115) “Faço muitas coisas sem pensar primeiro nas consequências”.



Estes comportamentos poderão ilustrar alguma impaciência e imaturidade dos jovens estudantes envolvidos no estudo.

**Tabela 16** –Caraterização da Dimensão Padrão de Comportamento

<b>Itens da dimensão Padrão de Comportamento</b>	<b>Sim n (%)</b>	<b>Não n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
Discuto muito.	88 (22.4%)	304 (77.6%)	392 (100%)
Acho-me o(a) "maior"	28 (7.1%)	364 (92.9%)	392 (100%)
Provoco ou faço coisas para prejudicar animais.	4 (1.0%)	388 (99.0%)	392 (100%)
Grito muito.	64 (16.3%)	328 (83.7%)	392 (100%)
Sou teimoso.	292 (74.5%)	100 (25.5%)	392 (100%)
Sou desconfiado em relação a outras pessoas?	237 (60.5%)	155 (39.5%)	392 (100%)
Quando reclamo digo muitos palavrões?	187 (47.7%)	205 (52.3%)	392 (100%)
Provoco muito as pessoas?	35 (8.9%)	357 (91.1%)	392 (100%)
Tenho um feitio difícil?	221 (56.4%)	171 (43.6%)	392 (100%)
Sou muito tímido.	166 (42.3%)	226 (57.7%)	392 (100%)
Ameaço magoar as pessoas.	15 (3.8%)	377 (96.2%)	392 (100%)
Falo mais alto que os outros.	83 (21.2%)	309 (78.8%)	392 (100%)
Chateio-me ou aborreço-me facilmente?	163 (41.6%)	229 (58.4%)	392 (100%)
Faço muitas coisas sem pensar primeiro nas consequências?	115 (29.3%)	277 (70.7%)	392 (100%)
Arrisco-me ou faço muitas vezes coisas perigosas?	47 (12.0%)	345 (88.0%)	392 (100%)
Se tiver oportunidade aproveito-me das pessoas para meu próprio benefício?	18 (4.6%)	374 (95.4%)	392 (100%)
Geralmente sinto-me irritado?	72 (18.4%)	320 (81.6%)	392 (100%)
Gasto a maior parte do meu tempo livre sozinho?	99 (25.3%)	293 (74.7%)	392 (100%)
Sou uma pessoa solitária?	65 (16.6%)	327 (83.4%)	392 (100%)
Aceito bem as críticas?	303 (77.3%)	89 (22.7%)	392 (100%)

### **Dimensão – Perturbação Mental**

Atendendo à tabela 17 referente aos itens da dimensão Perturbação Mental observa-se que a maioria dos inquiridos não assumiu os comportamentos descritos. Contudo é de salientar 75.3% (n=295) dos alunos inquiridos afirmou que “Preocupa-se

demais”; 73.7% (n=289) “Tem dificuldade para deixar de pensar em determinadas coisas”; 45.7% (n=179) “Tem problemas para se concentrar” e 43.1% (n=169) “Considera-se uma pessoa nervosa”

**Tabela 17**–Caraterização da Dimensão Perturbação Mental do DUSI R

<b>Itens da dimensão Perturbação Mental</b>	<b>Sim n (%)</b>	<b>Não n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
Já danificou a propriedade de alguém intensionalmente?	31 (7.9%)	362 (92.1%)	392 (100%)
Já roubou coisas em mais do que uma ocasião?	42 (10.7%)	350 (89.3%)	392 (100%)
Já se envolveu em mais lutas físicas que o que considera normal?	22 (5.9%)	369 (94.1%)	392 (100%)
Considera-se uma pessoa inquieta?	136 (34.7%)	256 (65.3%)	392 (100%)
Você é agitado e não consegue estar quieto?	100 (25.5%)	292 (74.5%)	392 (100%)
Fica frustrado facilmente?	104 (26.5%)	288 (73.5%)	392 (100%)
Tem problemas para se concentrar?	179 (45.7%)	213 (54.3%)	392 (100%)
Sente-se muito triste?	49 (12.5%)	343 (87.5%)	392 (100%)
Rói as unhas?	147 (37.5%)	245 (62.5%)	392 (100%)
Tem problemas para dormir?	119 (30.4%)	273 (69.6%)	392 (100%)
Considera-se uma pessoa nervosa?	169 (43.1%)	223 (56.9%)	392 (100%)
Sente que se assusta facilmente?	103 (26.3%)	289 (73.7%)	392 (100%)
Preocupa-se demais?	295 (75.3%)	97 (24.7%)	392 (100%)
Tem dificuldade para deixar de pensar em determinadas coisas?	289 (73.7%)	103 (26.3%)	392 (100%)
As pessoas olham espantadas para si?	37 (9.4%)	354 (90.6%)	392 (100%)
Você ouve coisas que mais ninguém ouve?	29 (7.4%)	363 (92.6%)	392 (100%)
Tem poderes especiais que mais ninguém tem?	17 (4.3%)	375 (95.7%)	392 (100%)
Sente medo de estar entre as pessoas?	29 (7.4%)	362 (92.6%)	392 (100%)
Sente vontade de chorar frequentemente?	52 (13.3%)	340 (86.7%)	392 (100%)
Tem tanta energia que não sabe o que fazer para a gastar?	66 (16.8%)	326 (83.2%)	392 (100%)
Alguma vez se sentiu tentado a roubar alguma coisa?	67 (17.1%)	325 (82.9%)	392 (100%)

### Dimensão Competências Sociais

Na tabela 18 apresentam-se os resultados dos itens da dimensão Competências Sociais. Onde se constata que a maioria dos inquiridos não assumiu os comportamentos descritos. Verifica-se que 80.4% (n=315) manifestaram “Preocupa-se na forma como as suas ações vão afetar os outros”; 48.2% (n=189) referiram que “Tem dificuldade em dizer “não” às pessoas”; 38.5% (n=151) afirmou que “Sente-se desconfortável se alguém o elogiar” e 33.2% (n=130) manifestaram que preferia atividades com pessoas com bastante mais idade que eles.

**Tabela 18** – Caraterização da Dimensão Competências Sociais do DUSI R

Itens da dimensão Competências Sociais	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)
As pessoas da sua idade não gostam de si?	97 (24.7%)	295 (75.3%)	392 (100%)
Normalmente está infeliz com o modo como desempenha atividades com seus amigos?	44 (11.2%)	348 (88.8%)	392 (100%)
É difícil fazer amizades num grupo novo?	106 (27.0%)	286 (73.0%)	392 (100%)
As pessoas aproveitam-se de si?	102 (26.0%)	290 (74.0%)	392 (100%)
Tem medo de lutar pelos seus direitos?	50 (12.8%)	342 (87.2%)	392 (100%)
É difícil para si pedir ajuda aos outros?	117 (29.8%)	275 (70.2%)	392 (100%)
Você é facilmente influenciado por outras pessoas?	44 (11.2%)	348 (88.8%)	392 (100%)
Prefere atividades com pessoas com bastante mais idade que você?	130 (33.2%)	262 (66.8%)	392 (100%)
Preocupa-se na forma como as suas ações vão afetar os outros?	315 (80.4%)	77 (19.6%)	392 (100%)
Tem dificuldades em defender as suas opiniões?	74 (18.9%)	318 (81.1%)	392 (100%)
Tem dificuldade em dizer “não” às pessoas?	189 (48.2%)	203 (51.8%)	392 (100%)
Sente-se desconfortável se alguém o elogiar?	151 (38.5%)	241 (61.5%)	392 (100%)
As pessoas consideram-no como uma “pessoa má”?	38 (9.7%)	354 (90.3%)	392 (100%)
Evita olhar nos olhos quando está a conversar com as pessoas?	81 (20.7%)	311 (79.7%)	392 (100%)

### Dimensão Estrutura Familiar

No que se reporta à análise dos itens da dimensão Estrutura Familiar, tabela 19, constata-se que de modo geral as famílias dos jovens envolvidos no estudo apresentam uma boa estrutura, pois uma expressiva maioria respondeu negativamente às questões

colocadas. De referir, no entanto, que cerca de 20% dos inquiridos afirmou que a família dificilmente faz coisas juntos, que os pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo e que os pais ou responsáveis desconhecem o que eles realmente pensam ou sentem sobre as coisas que são importantes.

**Tabela 19**– Caraterização da Dimensão Estrutura Familiar do DUSI R

<b>Itens da dimensão Estrutura Familiar</b>	<b>Sim n (%)</b>	<b>Não n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
Algum membro da sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) já usou cannabis ou cocaína	44 (11.2%)	348 (88.8%)	392 (100%)
Algum membro da sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com amigos?	74 (18.9%)	318 (81.1%)	392 (100%)
Algum membro da sua família já foi preso?	48 (12.2%)	344 (87.8%)	392 (100%)
Você tem discussões frequentes com os seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?	50 (12.8%)	342 (87.2%)	392 (100%)
A sua família dificilmente faz coisas juntas?	80 (20.4%)	312 (79.6%)	392 (100%)
Os seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?	75 (19.1%)	317 (80.9%)	392 (100%)
Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?	26 (6.6%)	366 (93.4%)	392 (100%)
Os seus pais ou responsáveis desconhecem o que realmente pensa ou sente sobre as coisas que são importantes para si?	94 (24.0%)	298 (76.0%)	392 (100%)
Os seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?	55 (14.0%)	337 (86.0%)	392 (100%)
Os seus pais ou responsáveis frequentemente desconhecem onde você está ou o que está a fazer?	44 (11.2%)	348 (88.8%)	392 (100%)
Os seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?	80 (20.4%)	312 (79.6%)	392 (100%)
Sente que os seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de si?	16 (4.1%)	376 (95.9%)	392 (100%)
Sente-se infeliz em relação ao modo como vive?	41 (10.5%)	351 (89.5%)	392 (100%)
Sente-se em perigo em casa?	8 (2.0%)	384 (98.0%)	392 (100%)

## Dimensão Desempenho Académico

Na tabela 20 apresentam-se os resultados dos itens da dimensão Desempenho Académico. Pode observar-se que os comportamentos ou problemas que potenciam o mau desempenho com maior frequência de respostas afirmativas foram: “Tem problemas para se concentrar na universidade ou quando está a estudar”, 47.7% (n=187); “Falta às aulas mais de dois dias por mês”, 44.1% (n=173); “Atrasa-se para as aulas com frequência”, 25.5% (n=100) e “Sente-se sempre sonolento nas aulas”, 29.8% (n=117). A grande maioria dos inquiridos gosta da instituição que frequenta estabelece boas relações, não anda desanimado com os estudos e não tem grandes problemas a registar.

**Tabela 20** – Caraterização da Dimensão Desempenho Académico do DUSI R

Itens da dimensão Desempenho Académico	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)
Gosta da sua universidade?	357 (91.1%)	35 (8.9%)	392 (100%)
Tem problemas para se concentrar na universidade ou quando está a estudar?	187 (47.7%)	205 (52.3%)	392 (100%)
As suas notas são abaixo da média?	77 (19.6%)	315 (80.4%)	392 (100%)
Falta às aulas mais de dois dias por mês?	173 (44.1%)	219 (55.9%)	392 (100%)
Falta muito às aulas?	60 (15.3%)	332 (84.7%)	392 (100%)
Já pensou seriamente em abandonar a universidade?	74 (18.9%)	318 (81.1%)	392 (100%)
Frequentemente, deixa de fazer os trabalhos de casa?	95 (24.2%)	297 (75.8%)	392 (100%)
Sente-se sempre sonolento nas aulas?	117 (29.8%)	275 (70.2%)	392 (100%)
Atrasa-se para as aulas com frequência?	100 (25.5%)	292 (74.5%)	392 (100%)
Este ano, os seus amigos da universidade são diferentes dos do ano passado?	165 (42.1%)	227 (57.9%)	392 (100%)
Sente-se irritado e chateado quando está na universidade?	31 (7.9%)	361 (92.1%)	392 (100%)
Sente-se aborrecido na universidade?	61 (15.6%)	331 (84.4%)	392 (100%)
As suas notas na universidade estão piores do que costumavam estar?	57 (14.5%)	335 (85.5%)	392 (100%)
Sente-se em perigo na universidade?	9 (2.3%)	383 (97.7%)	392 (100%)
Já ficou retido algum ano no seu percurso académico?	103 (26.3%)	289 (73.7%)	392 (100%)
Sente-se indesejado nos grupos académicos (tuna, grupos desportivos, associação de estudantes etc.	33 (8.2%)	359 (89.1%)	392 (100%)
Já faltou ou chegou atrasado à universidade em consequência do uso de álcool ou drogas?	81 (20.7%)	311 (79.3%)	392 (100%)

Já teve problemas na universidade por causa do álcool ou das drogas?	10 (2.6%)	382 (97.4%)	392 (100%)
O álcool ou drogas já interferiram nos seus trabalhos de casa ou atividades escolares?	45 (11.5%)	347 (88.5%)	392 (100%)
Você já foi suspenso?	17 (4.3%)	375 (95.7%)	392 (100%)

### Dimensão Relação com os Pares

Relativamente aos itens da dimensão Relação com os Pares, tabela 21, observa-se que a maioria respondeu afirmativamente a: “Algum dos seus amigos usa álcool ou drogas regularmente”, 60.2% (n=236); “Algum dos seus amigos copia nos testes/exames”, 83.2% (n=326) e “Os seus amigos usam cábulas”, 75.5% (n=296). De salientar que 49.2% (n=192) dos inquiridos referiu que “Os seus amigos levaram drogas ou álcool para festas no ano passado”; 43.9% (n=172) afirmou que “Os seus amigos ficam aborrecidos nas festas quando não é servido álcool” e 25.5% (n=100) disse que “Algum dos seus amigos já teve problemas com a lei”.

**Tabela 21** – Caraterização da Dimensão Relações com Pares do DUSI R

Itens da dimensão Relações com Pares	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)
Algum dos seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?	236 (60.2%)	156 (39.8%)	392 (100%)
Algum dos seus amigos vende ou dá drogas a outras pessoas?	107 (27.3%)	285 (72.7%)	392 (100%)
Algum dos seus amigos copia nos testes/exames?	326 (83.2%)	66 (16.8%)	392 (100%)
Os seus pais ou responsáveis não gostam dos seus amigos?	36 (9.2%)	356 (90.8%)	392 (100%)
Algum dos seus amigos já teve problemas com a lei?	100 (25.5%)	292 (74.5%)	392 (100%)
A maioria dos seus amigos é mais velho que você?	126 (32.1%)	266 (67.9%)	392 (100%)
Os seus amigos usam cábulas?	296 (75.5%)	96 (24.5%)	392 (100%)
Os seus amigos ficam aborrecidos nas festas quando não é servido álcool?	172 (43.9%)	220 (56.1%)	392 (100%)
Os seus amigos levaram drogas ou álcool para festas no ano passado?	193 (49.2%)	199 (50.8%)	392 (100%)
Os seus amigos roubaram alguma coisa numa loja ou danificaram alguma propriedade de propósito durante o ano passado?	44 (11.2%)	348 (88.8%)	392 (100%)
Pertence a algum "gang"?	20 (5.1%)	372 (94.9%)	392 (100%)
Sente-se incomodado por algum problema que esteja a ter com amigos atualmente?	74 (18.9%)	318 (81.1%)	392 (100%)
Sente que não tem nenhum amigo em quem possa confiar?	49 (12.5%)	343 (87.5%)	392 (100%)

Se comparar com a maioria das pessoas, sente que tem poucos amigos?	104 (26.5%)	288 (73.5%)	392 (100%)
---	----------------	----------------	---------------

#### 2.4. Análise do OE1: identificar o nível da saúde mental (depressão, ansiedade e stress) dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança

Para dar resposta ao primeiro objetivo de estudo, e tal como já referimos anteriormente utilizou-se a escala EADS21 de Lovibond e Lovibond cuja adaptação portuguesa se deve a Pais Ribeiro (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), procedeu-se à análise das pontuações médias obtidas em termos da saúde mental (Depressão, Ansiedade e Stress) dos estudantes do IPB, fazendo uma comparação entre indivíduos do sexo feminino e masculino, ou seja, por sexo.

Assim, na tabela 22 apresentam-se os resultados da análise das pontuações média da saúde mental por sexo, bem como os respetivos desvios padrão.

**Tabela 22** - Valores médios e desvios padrão, dimensões EADS-21, por sexo

Sexo		Ansiedade	Depressão	Stress
Masculino	M	2.95	3.18	4.34
	DP	3.670	4.059	3.987
	n	154	154	154
Feminino	M	3.38	3.33	5.81
	DP	3.880	3.768	4.440
	n	238	238	238
Total	M	3.21	3.27	5.23
	DP	3.800	3.880	4.323
	n	392	392	392

*M*- Média; *DP*- desvio Padrão

Dos dados apresentados na tabela 22, podemos concluir que as médias gerais são baixas, considerando uma pontuação máxima de 21 em cada uma das dimensões.

Assim, relativamente aos dados apresentados na tabela 22, podemos observar que os jovens estudantes universitários registaram maior pontuação média ( $M = 5.23$ ;  $DP = 4.323$ ) na subescala do stress. A depressão obteve uma média de 3.27 ( $DP = 3,880$ ) e a ansiedade uma média de 3.21 ( $DP = 3.800$ ).

É possível observar também que as estudantes do sexo feminino apresentam valores superiores, embora mesmo neste caso relativamente baixos, em todas as dimensões: ansiedade (M=3.38; DP=3.880); depressão (M=3.33; DP=3.768); e stress (M=5.81; DP=4.440), quando comparado com os estudantes do género masculino: ansiedade (M=2.95; DP=3.670); depressão (M=3.18; DP=4,059); e stress (M=4.34; DP=3.987).

Contudo, transformando as pontuações dos respondentes em níveis de intensidade de ansiedade, depressão e stress, de acordo com o descrito no manual da escala original (Lovibond, & Lovibond, 1996) cujos resultados são apresentados na tabela 23 ,conclui-se que mais de 25% dos estudantes mostram níveis de intensidade acima do normal, nas dimensões depressão e stress, chegando a quase um terço na dimensão ansiedade.

**Tabela 23 - Distribuição dos Níveis de Intensidade das dimensões da EADS-21**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nível de ansiedade</b>	Normal	264	67.3
	Suave	24	6.1
	Moderado	53	13.5
	Severo	23	5.9
	Extremo	28	7.1
<b>Nível de Depressão</b>	Normal	289	73.7
	Suave	30	7.7
	Moderado	51	13
	Severo	11	2.8
<b>Nível de Stress</b>	Extremo	11	2.8
	Normal	291	74.2
	Suave	37	9.4
	Moderado	37	9.4
	Severo	27	5.1
	Extremo	7	1.8

## **2.5. Análise do OE2: identificar os hábitos de consumo de substâncias psicoativas dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança**

### **Consumo de substâncias nos últimos 30 dias**

No que concerne o consumo de substâncias nos últimos 30 dias, tabela 24, observa-se que com exceção do álcool, as substâncias não foram pela maioria consumidas nesse período. Assim sendo, destaca-se o facto de 27.3% (n=107) dos



inquiridos ter consumido pelo menos três vezes álcool no último mês. As outras substâncias mais populares em termos de consumo são a cannabis e os analgésicos com 15.7% (n=61) e 24.0% (n=96) dos inquiridos a afirmar o seu consumo no último mês, respetivamente

**Tabela 24** – Resultados relativos ao consumo de substâncias nos últimos 30 dias

Substâncias	Não usei n (%)	Uma a duas vezes n (%)	Três a nove vezes n (%)	Dez a vinte vezes n (%)	Total n (%)
Álcool	93(23.7%)	143 (36.5%)	107 (27.3%)	49 (12.5%)	392 (100%)
Cocaína/crack	382 (97.5%)	6 (1.5%)	2 (0.5%)	2 (0.5%)	392 (100%)
Cannabis	327 (84.3%)	29 (7.4%)	12 (3.1%)	20 (5.2%)	388 (100%)
Estimulantes	382 (97.4%)	4 (1.0%)	1 (0.3%)	5 (1.3%)	392 (100%)
Alucinogénios	384 (98.0%)	3 (0.8%)	1 (0.3%)	4 (1.0%)	392 (100%)
Tranquilizantes	363 (93.1%)	19 (4.9%)	3 (0.8%)	5 (1.3%)	390 (100%)
Analgésicos	296 (75.5%)	65 (16.1%)	23 (5.9%)	8 (2.0%)	392 (100%)
Opiáceos	383 (97.7%)	3 (0.8%)	1 (0.3%)	4 (1.0%)	391 (100%)
Fenilciclidina	390 (99.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	391 (100%)
Inalantes/Solventes	383 (97.7%)	4 (1.0%)	1 (0.3%)	2 (0.5%)	390 (100%)
Outras	298 (93.1%)	11 (3.4%)	3 (0.8%)	8 (2.5%)	320 (100%)

Considerando as substâncias com maior frequência de consumo (álcool, canábis e analgésicos) e recodificando essas variáveis com as respostas não consumiu/consumiu. Estas foram cruzadas com as variáveis sociodemográficas: sexo, prática de exercício físico, início da atividade sexual, habita em locais movimentados e com a pertinência de mais ações de sensibilização para jovens universitários. Estes cruzamentos foram realizados e apresentam-se nas tabelas 25, 26 e 27 assim como os resultados do teste de independência do qui-quadrado que permite concluir sobre a possível associação entre as variáveis.

Atendendo ao exposto na tabela 25 concluiu-se que o consumo de álcool nos últimos 30 dias não esteve significativamente associado ao sexo do estudante ( $\chi^2=2.525$ ;  $p=0.112$ ), ou seja, o consumo acontece identicamente entre homens e mulheres, poderá

é a frequência e quantidade ser diferente. De forma análoga se concluiu que o consumo de álcool no último mês não esteve significativamente associado ao exercício físico ( $\chi^2=3.975$ ;  $p=0.059$ ) e nem ao facto dos inquiridos viverem numa zona movimentada ( $\chi^2=1.168$ ;  $p=0.288$ ). Por outro lado, verificou-se que o consumo de álcool esteve significativamente associado ao facto de já ter iniciado a atividade sexual ( $\chi^2=12.293$ ;  $p<0.001$ ), observando-se que os alunos que já iniciaram a atividade sexual e consumiram álcool nos últimos 30 dias superam o que era teoricamente esperado. Também se verificou a associação estatisticamente significativa entre o consumo recente de álcool e a necessidade um aumento de campanhas de sensibilização ( $\chi^2=4.227$ ;  $p<0.05$ ), sendo os alunos que não consumiram álcool os que mais expressam a necessidade de tais campanhas.

**Tabela 25** – Resultados do cruzamento do consumo de álcool nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado

Variáveis sociodemográficas	Respostas	Consumo de álcool nos últimos 30 dias			$\chi^2$ (p)
		Não n(%linha) %coluna	Sim n(%linha) %coluna	Total n(%linha) %coluna	
Sexo	Masculino	30 (19.5%) 32.3%	124 (80.0%) 41.2%	154 (100%) 39.3%	2.525 (0.112)
	Feminino	63 (26.5%) 67.7%	177 (73.8%) 58.8%	238 (100%) 60.7%	
	<b>Total</b>	93 (23.7%) 100%	299 (76.3%) 100%	392 (100%) 100%	
Exercício Físico	Sim	54 (20.7%) 58.51	207 (79.3%) 69.2%	261 (100%) 66.6%	3.975 (0.059)
	Não	39 (29.8%) 41.9%	92 (70.2%) 30.8%	131 (100%) 33.4%	
	<b>Total</b>	93 (23.7%) 100%	299 (76.3%) 100%	392 (100%) 100%	
Já iniciou a atividade sexual	Sim	63 (20.0%) 67.7%	252 (80.0%) 84.3%	315 (100%) 80.4%	12.293 (0.000)
	Não	30 (39.0%) 32.3%	47 (61.0%) 15.7%	77 (100%) 19.6%	
	<b>Total</b>	93 (23.7%) 100%	299 (76.3%) 100%	392 (100%) 100%	
Vive num local movimentado (noite)	Sim	41 (21.4%) 44.1%	151 (78.6%) 50.5%	192 (100%) 49.0%	1.168 (0.288)
	Não	52 (26.0%) 55.9%	148 (74.0%) 49.5%	200 (100%) 51.0%	
	<b>Total</b>	93 (23.7%) 100%	299 (76.3%) 100%	392 (100%) 100%	
Acha pertinente mais ações de sensibilização	Sim	85 (25.6%) 91.4%	247 (74.4%) 82.6%	334(100%) 84.7%	4.227 (0.040)
	Não	8 (13.3%) 8.6%	52 (86.7%) 17.4%	60 (100%) 15.3%	
	<b>Total</b>	93 (23.7%) 100%	299 (76.3%) 100%	392 (100%) 100%	

Tendo por base o exposto na tabela 26, concluiu-se que o consumo de cannabis nos últimos 30 dias não esteve significativamente associado à prática de exercício físico por parte do estudante ( $\chi^2=1.088$ ;  $p=0.376$ ), ou seja, o consumo acontece identicamente entre alunos que praticam ou não exercício físico. De forma análoga se concluiu que o consumo de cannabis no último mês não esteve significativamente associado ao facto dos inquiridos viverem numa zona movimentada ( $\chi^2=0.303$ ;  $p=0.341$ ). Por outro lado, verificou-se que o consumo de cannabis esteve significativamente associado ao sexo ( $\chi^2=13.600$ ;  $p<0.001$ ), observando-se que os alunos que praticam exercício físico e consumiram cannabis nos últimos 30 dias superam o que era teoricamente esperado. Também se verificou a associação estatisticamente significativa entre o consumo recente de cannabis e o facto de já ter iniciado a atividade sexual ( $\chi^2=4.559$ ;  $p<0.05$ ), assim como com a necessidade um aumento de campanhas de sensibilização ( $\chi^2=9.001$ ;  $p<0.01$ ), sendo os alunos que não consumiram cannabis os que mais expressam a necessidade de tais campanhas.

**Tabela 26**– Resultados do cruzamento do consumo de cannabis nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado

Variáveis sociodemográficas	Respostas	Consumo de cannabis nos últimos 30 dias			$\chi^2$ (p)
		Não n(%linha) %coluna	Sim n(%linha) %coluna	Total n(%linha) %coluna	
Sexo	Masculino	116 (75.8%) 35.5%	37 (24.2%) 60.7%	153 (100%) 39.4%	13.600 (0.000)
	Feminino	211 (89.8%) 64.5%	24 (10.2%) 39.3%	235 (100%) 60.6%	
	<b>Total</b>	327 (84.3%) 100%	61 (15.7%) 100%	388 (100%) 100%	
Exercício Físico	Sim	220 (85.6%) 67.3%	37 (14.4%) 60.7%	257 (100%) 66.2%	1.088 (0.376)
	Não	107 (81.7%) 32.7%	24 (18.3%) 39.3%	131 (100%) 33.8%	
	<b>Total</b>	327 (84.3%) 100%	61 (15.7%) 100%	388 (100%) 100%	
Já iniciou a atividade sexual	Sim	256 (82.3%) 78.3%	55 (17.7%) 90.2%	315 (100%) 80.4%	4.559 (0.035)
	Não	71 (92.2%) 21.7%	6 (7.8%) 9.8%	77 (100%) 19.6%	
	<b>Total</b>	327 (84.3%) 100%	61 (15.7%) 100%	388 (100%) 100%	
Vive num local movimentado	Sim	159 (83.2%) 48.6%	33 (16.8%) 52.5%	191 (100%) 49.2%	0.303 (0.341)

<b>(noite)</b>	Não	168 (85.3%) 51.4%	29 (14.7%) 47.5%	197 (100%) 50.8%	
	<b>Total</b>	327 (84.3%) 100%	61 (15.7%) 100%	388 (100%) 100%	
	Sim	285 (86.6%) 87.2%	44 (13.3%) 72.1%	329 (100%) 84.8%	
<b>Acha pertinente mais ações de sensibilização</b>	Não	42 (71.2%) 12.8%	17 (28.8%) 27.9%	59(100%) 15.2%	9.001 (0.004)
	<b>Total</b>	327 (84.3%) 100%	61 (15.7%) 100%	388 (100%) 100%	
	Sim				

Tendo por base o exposto na tabela 27 concluiu-se que o consumo de analgésicos nos últimos 30 dias não esteve significativamente associado à prática de exercício físico por parte do estudante ( $\chi^2=0.528$ ;  $p=0.534$ ), ou seja, o consumo acontece identicamente entre alunos que praticam ou não exercício físico. De forma análoga se concluiu que o consumo de analgésicos no último mês não esteve significativamente associado ao facto de já ter iniciado a atividade sexual ( $\chi^2=0.301$ ;  $p=0.659$ ), nem ao facto dos inquiridos viverem numa zona movimentada ( $\chi^2=0.053$ ;  $p=0.907$ ) e nem ao facto de os alunos sentirem necessidade de um aumento de campanhas de sensibilização ( $\chi^2=0.053$ ;  $p=0.907$ ). Por outro lado, verificou-se que o consumo de analgésicos esteve significativamente associado sexo ( $\chi^2=7.937$ ;  $p<0.01$ ), observando-se que foram os alunos do sexo feminino que mais consumiram analgésicos nos últimos 30 dias e superam o que era teoricamente esperado.

**Tabela 27**– Resultados do cruzamento do consumo de analgésicos nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado

Variáveis sociodemográficas	Respostas	Consumo de analgésicos nos últimos 30 dias			$\chi^2 (p)$
		Não n(%linha) %coluna	Sim n(%linha) %coluna	Total n(%linha) %coluna	
<b>Sexo</b>	Masculino	128 (83.1%) 43.2%	26 (16.9%) 27.1%	154 (100%) 39.3%	7.937 (0.005)
	Feminino	168 (70.6%) 56.8%	70 (29.4%) 72.9%	238 (100%) 60.7%	
	<b>Total</b>	296 (75.5%) 100%	96 (24.5%) 100%	392 (100%) 100%	
<b>Exercício Físico</b>	Sim	200 (76.6%) 67.6%	61 (23.4%) 63.5%	261 (100%) 66.6%	0.528 (0.534)
	Não	96 (73.3%) 32.4%	35 (26.7%) 36.5%	131 (100%) 33.4%	
	<b>Total</b>	296 (75.5%) 100%	96 (24.5%) 100%	392 (100%) 100%	
<b>Já iniciou a atividade sexual</b>	Sim	236 (74.9%) 79.7%	79 (25.1%) 82.3%	315 (100%) 80.4%	0.301 (0.659)
	Não	60 (77.9%) 20.3%	17 (22.1%) 17.7%	77 (100%) 19.6%	
	<b>Total</b>	296 (75.5%)	96 (24.5%)	392 (100%)	

<b>Vive num local movimentado (noite)</b>	Sim	100%	100%	100%	0.053 (0.907)
		144 (75.0%) 48.6%	48 (25.0%) 50.0%	192 (100%) 49.0%	
	Não	152 (76.0%) 51.4%	48 (24.0%) 50.0%	200 (100%) 51.0%	
	<b>Total</b>	296 (75.5%) 100%	96 (24.5%) 100%	392 (100%) 100%	
<b>Acha pertinente mais ações de sensibilização</b>	Sim	100%	100%	100%	0.010 (0.920)
		251 (75.6%) 84.8%	81 (24.4%) 84.4%	332 (100%) 84.7%	
	Não	45 (75.0%) 15.2%	15 (25.0%) 15.6%	60 (100%) 15.3%	
	<b>Total</b>	296 (75.5%) 100%	96 (24.5%) 100%	392 (100%) 100%	

Visando dar resposta ao segundo objetivo, procedeu-se à análise das pontuações médias e respetivos desvios padrão obtidos em termos do uso de substâncias, de acordo com as 7 dimensões do DUSI-R selecionadas (consumo de substâncias, padrão de comportamentos, perturbação mental, estrutura familiar, competências sociais, desempenho académico e relação com os pares) dos estudantes do IPB, fazendo, também neste caso, uma comparação entre indivíduos do sexo feminino e masculino, apresentando os resultados na tabela 28.

**Tabela 28** - Valores médios e desvios padrão, dimensões DUSI-R, por sexo

Sexo		Uso de Substâncias	Padrão de Comportamento	Perturbação Mental	Competências Sociais	Estrutura Familiar	Desempenho Académico	Relação com Pares
Masculino	M	19.99	27.31	24.58	28.34	16.33	27.24	36.83
	DP	19.944	15.094	17.315	20.358	16.791	15.530	19.207
	n	154	154	154	154	154	154	154
Feminino	M	13.99	31.30	26.25	28.03	11.64	21.60	32.92
	DP	17.518	13.485	13.085	16.023	14.327	13.725	15.601
	n	238	238	238	238	238	238	238
Total	M	16.34	29.73	25.60	28.15	13.48	23.81	34.46
	DP	18.716	14.254	14.892	17.828	15.491	14.703	17.191
	n	392	392	392	392	392	392	392

M- Média; DP- Desvio Padrão

Dos dados apresentados na tabela 28, conclui-se que em termos globais da amostra, os valores médios se encontram acima dos 15, com exceção da dimensão Estrutura

Familiar, valor considerado de corte, a partir do qual os hábitos são considerados problemáticos.

Além de calcular os valores apresentados na tabela supracitada, estratificou-se a amostra pelos três níveis de intensidade aplicáveis a cada uma das dimensões do DUSI-R (normal; problemático; e, grave), sendo os resultados apresentados na tabela 29.

**Tabela 29 - Distribuição dos Níveis de Intensidade das dimensões da DUSI-R**

		n	%
Nível Uso de Substâncias	Normal	253	64.5%
	Problemático	121	30.9%
	Grave	18	4.6%
Nível Padrão de Comportamento	Normal	80	20.4%
	Problemático	304	77.6%
	Grave	8	2.0%
Nível Perturbação Mental	Normal	122	31.1%
	Problemático	263	67.1%
	Grave	7	1.8%
Nível Competências Sociais	Normal	127	32.4%
	Problemático	227	57.9%
	Grave	38	9.7%
Nível Estrutura Familiar	Normal	284	72.4%
	Problemático	108	27.6%
	Grave	0	0.0%
Nível Desempenho Acadêmico	Normal	163	41.6%
	Problemático	220	56.1%
	Grave	9	2.3%
Nível Relação com Pares	Normal	72	18.4%
	Problemático	268	68.4%
	Grave	52	13.3%

Pelos dados apresentados na tabela 29, podemos concluir, que só nas dimensões uso de substâncias e estrutura familiar, existe uma maioria de respondentes com um nível de intensidade considerado normal 64.5% e 72.4% respectivamente. Para as restantes

dimensões do DUSI-R, a maioria dos respondentes apresenta níveis de intensidade problemáticos, com índices residuais para o nível de intensidade grave.

## 2.6. Consistência interna das várias dimensões em estudo

Para medir a consistência interna das várias dimensões em estudo, calcularam-se os alfas de Cronbach, cujos resultados, para as três dimensões da EADS-21, são apresentados na tabela 30, anunciados também os alfas de Cronbach obtidos no estudo de Ribeiro et al. (2004), apresentado como Estudo 1 e os alfas de Cronbach obtidos no estudo de Galvão et al., (2017)(Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, 2017), apresentado como Estudo 2.

**Tabela 30** - Alfas de Cronbach para as três dimensões da EADS-21

	$\alpha$ (alfa de Cronbach)	Interpretação	Estudo 1	Estudo 2
Stress	.869	bom	.81	.917
Ansiedade	.843	bom	.74	.866
Depressão	.860	bom	.85	.922

Pode-se observar, pelos dados apresentados na tabela supracitada, que os alfas de Cronbach encontrados no presente estudo são consistentes com os encontrados nos dois estudos de comparação, demonstrando uma boa consistência interna das três dimensões.

Procedeu-se à mesma metodologia para as sete dimensões do DUSI-R em estudo, comparando os com os estudos de Mutiso et al. (2019), apresentado como Estudo 1, e o de Rodrigues (2013), apresentado como Estudo 2.

**Tabela 31** - Alfas de Cronbach ( $\alpha$ ) para as três dimensões do DUSI-R

	$\alpha$	Interpretação	Estudo 1	Estudo 2
Uso de Substâncias	.812	bom	0.843	.789
Padrão de Comportamento	.610	questionável	0.812	.673
Perturbação Mental	.689	questionável	0.841	.749
Competências Sociais	.667	questionável	0.750	.615
Estrutura Familiar	.715	aceitável	0.692	.694
Desempenho Académico	.710	aceitável	0.822	.626
Relação com Pares	.637	questionável	0.792	.702

Pode-se concluir, que a consistência interna do presente estudo, tal como se encontra na tabela 31, apresenta resultados em linha com os do Estudo 2, e ligeiramente inferiores, na maioria das dimensões, quando comparado com o Estudo 1.

### 2.7. Análise da HI1: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com o sexo

Para validar a HI<sub>1</sub>, procedeu-se a testes de Mann-Whitney, apresentando-se os resultados na tabela 32, que demonstram a existência de uma diferença estatisticamente significativa no que concerne a dimensão stress, não existindo diferenças validadas para as outras duas dimensões.

**Tabela 32** - Resultados dos testes de Mann-Whitney por sexo - EADS-21

Dimensão	Sexo	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Stress	Masculino	172.02	.001	.344	pequeno
	Feminino	212.34			
Ansiedade	Masculino	189.05	.288	n.a.	n.a.
	Feminino	201.32			
Depressão	Masculino	188.18	.235	n.a.	n.a.
	Feminino	201.88			

*PM*- Ponto Médio; *n.a.*- não aplicável

Relativamente à dimensão stress, os dados encontrados corroboram com vários estudos em que, as estudantes do sexo feminino parecem ser mais vulneráveis às manifestações de stress do que os homens, bem como que as mulheres evidenciam mais manifestações cognitivo-emocionais, enquanto os homens evidenciam um maior domínio de manifestações comportamentais (Galvão et al., 2017; Veríssimo et al., 2011). Também de acordo com o estudo de Calais, Andrade e Lipp (2003), estas diferenças entre sexo podem emergir do facto de os estudantes do sexo feminino terem mais situações de stress que os do sexo masculino, uma vez que é frequente as mulheres além do estudo, terem também de gerir o trabalho, os filhos, a casa, entre outros.

Contudo, não obstante, existir uma diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de acordo com o sexo, o tamanho de efeito é pequeno, porém não invalidando, que a Hipótese de Investigação 1 se verifica para a dimensão stress.



## 2.8. Análise da HI2: existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com o sexo

**Tabela 33** - Resultados dos testes de Mann-Whitney por sexo - DUSI-R

Dimensão	Sexo	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Uso de Substâncias	Masculino	217.80	.002	.324	pequeno
	Feminino	182.72			
Padrão de Comportamento	Masculino	172.91	.001	.282	pequeno
	Feminino	211.77			
Perturbação Mental	Masculino	183.37	.064	n.a.	n.a.
	Feminino	205.00			
Competências Sociais	Masculino	189.77	.285	n.a.	n.a.
	Feminino	200.86			
Estrutura Familiar	Masculino	218.73	.001	.306	pequeno
	Feminino	182.11			
Desempenho Académico	Masculino	222.84	.000	.390	pequeno
	Feminino	179.45			
Relação com Pares	Masculino	211.85	.030	.229	pequeno
	Feminino	186,57			

PM- Ponto Médio; n.a- não aplicável

Contudo, não obstante, existir uma diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de acordo com o sexo, o tamanho de efeito nesses casos é pequeno, porém não invalidando, que a Hipótese de Investigação 2 se verifica para as dimensões: uso de substâncias; padrão de comportamento; estrutura familiar; desempenho académico; e, relação com os pares.

### 2.9. Análise da HI3: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com a prática de exercício físico

De acordo com os valores apresentados na tabela 34, temos que:

**Tabela 34** - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se pratica exercício físico - EADS-21

Dimensão	Exercício Físico	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Stress	Sim	186.15	.010	.280	pequeno
	Não	217.12			
Ansiedade	Sim	185.56	.006	.252	pequeno
	Não	218.31			
Depressão	Sim	188.02	.034	.204	pequeno
	Não	213.40			

PM- Ponto Médio

Contudo, não obstante, existir uma diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de acordo com o praticarem ou não exercício físico, o tamanho de efeito é pequeno, porém não invalidando, que a Hipótese de Investigação 3 se verifica para as três dimensões da EADS-21.

### 2.10. Análise da HI4: existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com a prática de exercício físico

Observando a tabela 35, temos que:

**Tabela 35** - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se pratica exercício físico - DUSI-R

Dimensão	Exercício Físico	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Uso de Substâncias	Sim	199.09	.513	n.a.	n.a.
	Não	191.35			
Padrão de Comportamento	Sim	191.78	.241	n.a.	n.a.
	Não	205.91			
Perturbação Mental	Sim	194.30	.585	n.a.	n.a.
	Não	200.89			
Competências	Sim	192.62	.303	n.a.	n.a.

Sociais	Não	204.22			
Estrutura Familiar	Sim	197.48	.804	n.a.	n.a.
	Não	194.55			
Desempenho Académico	Sim	198.65	.593	n.a.	n.a.
	Não	192.22			
Relação com Pares	Sim	203.02	.105	n.a.	n.a.
	Não	183.52			

PM- Ponto Médio; n.a- não aplicável

Não se verificam diferenças estatisticamente diferentes entre os respondentes que praticam ou não exercício físico, para as sete dimensões do DUSI-R, não sendo, assim, validada a HI<sub>4</sub>.

### 2.11. Análise da HI<sub>5</sub>: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se já iniciou ou não a atividade sexual

Atentando na tabela 36, temos que:

**Tabela 36** - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se já iniciou a atividade sexual - EADS-21

Dimensão	Iniciou atividade sexual	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Stress	Sim	194.50	.478	n.a.	n.a.
	Não	204.69			
Ansiedade	Sim	193.44	.273	n.a.	n.a.
	Não	209.01			
Depressão	Sim	189.97	.019	.287	pequeno
	Não	223.20			

PM- Ponto Médio; n.a- não aplicável

Contudo, não obstante, existir uma diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de acordo com o já terem ou não iniciado a atividade sexual, para a dimensão depressão, o tamanho de efeito é pequeno, porém não invalidando, que a HI<sub>5</sub> se verifica para a dimensão em causa.

**2.12. Análise da HI6: existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se já iniciou ou não a atividade sexual**

Atentando na tabela 37, temos que:

**Tabela 37 - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se já iniciou a atividade sexual - DUSI-R**

Dimensão	Iniciou atividade sexual	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Uso de Substâncias	Sim	206.29	.000	.426	pequeno
	Não	156.45			
Padrão de Comportamento	Sim	199.57	.274	n.a.	n.a.
	Não	183.93			
Perturbação Mental	Sim	195.74	.787	n.a.	n.a.
	Não	199.61			
Competências Sociais	Sim	190.38	.026	.293	pequeno
	Não	221.53			
Estrutura Familiar	Sim	196.79	.917	n.a.	n.a.
	Não	195.32			
Desempenho Acadêmico	Sim	199.62	.267	n.a.	n.a.
	Não	183.75			
Relação com Pares	Sim	201.65	.066	n.a.	n.a.
	Não	175.42			

PM- Ponto Médio; n.a- não aplicável

Contudo, não obstante, existir uma diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de acordo com o já terem iniciado ou não a atividade sexual, o tamanho de efeito nesses casos é pequeno, porém não invalidando, que a Hipótese de Investigação 6 se verifica para as dimensões: uso de substâncias; e, competências sociais.

**2.13. Análise da HI7: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se vive ou não em locais movimentados**

Atentando na tabela 38, temos que:

**Tabela 38** - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se reside em locais movimentados - EADS-21

Dimensão	Reside em locais movimentados	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Stress	Sim	197.44	.872	n.a.	n.a.
	Não	195.60			
Ansiedade	Sim	204.57	.161	n.a.	n.a.
	Não	188.76			
Depressão	Sim	195.08	.805	n.a.	n.a.
	Não	197.86			

PM- Ponto Médio; n.a- não aplicável

Não se verificam diferenças estatisticamente diferentes entre os respondentes que residem ou não em locais movimentados, para as três dimensões da EADS-21, não sendo, assim, validada a HI<sub>7</sub>.

#### 2.14. Análise da HI<sub>8</sub>: existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se vive ou não em locais movimentados

De acordo com a tabela 39,

**Tabela 39** - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se reside em locais movimentados - DUSI-R

Dimensão	Reside em locais movimentados	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Uso de Substâncias	Sim	206.32	.084	n.a.	n.a.
	Não	187.07			
Padrão de Comportamento	Sim	203.64	.219	n.a.	n.a.
	Não	189.65			
Perturbação Mental	Sim	192.37	.477	n.a.	n.a.
	Não	200.47			
Competências Sociais	Sim	195.43	.921	n.a.	n.a.
	Não	197.53			
Estrutura Familiar	Sim	209.96	.018	.149	sem efeito
	Não	183.58			
Desempenho Académico	Sim	201.14	.423	n.a.	n.a.
	Não	192.04			

Relação com Pares	Sim	198.79	.693	n.a.	n.a.
	Não	194.30			

PM- Ponto Médio; n.a- não aplicável

Verifica-se uma diferença estatisticamente diferente entre os respondentes que residem ou não em locais movimentados, para a dimensão estrutura familiar do DUSI-R. Contudo, o tamanho de efeito, calculado através do *d* de Cohen é sem efeito, pelo que não é, assim, possível validar taxativamente a HI<sub>8</sub>.

### 2.15. Análise da HI9: existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se considera pertinente mais ações de sensibilização

Atentando na tabela 40,

**Tabela 40** - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se considera pertinente mais ações de sensibilização - EADS-21

Dimensão	Considera pertinente	PM	p	<i>d</i> de Cohen	Tamanho de efeito
Stress	Sim	193.35	.193	n.a.	n.a.
	Não	213.94			
Ansiedade	Sim	194.90	.505	n.a.	n.a.
	Não	205.33			
Depressão	Sim	190.86	.018	.331	pequeno
	Não	227.73			

PM- Ponto Médio; n.a- não aplicável

Não obstante, existir uma diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de acordo com o considera ou não pertinente mais ações de sensibilização, para a dimensão depressão, o tamanho de efeito é pequeno, porém não invalidando, que a HI<sub>9</sub> se verifica para a dimensão em causa.

## 2.16. Análise da HI10: existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se considera pertinente mais ações de sensibilização

De acordo com a tabela 41,

**Tabela 41** - Resultados dos testes de Mann-Whitney por se considera pertinente mais ações de sensibilização - DUSI-R

Dimensão	Considera pertinente	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Uso de Substâncias	Sim	183.02	.000	.785	intermédio
	Não	271.08			
Padrão de Comportamento	Sim	190.08	.008	.398	pequeno
	Não	232.05			
Perturbação Mental	Sim	188.00	.000	.534	intermédio
	Não	243.53			
Competências Sociais	Sim	195.09	.532	n.a.	n.a.
	Não	204.32			
Estrutura Familiar	Sim	189.94	.006	.298	pequeno
	Não	232.78			
Desempenho Académico	Sim	189.27	.003	.518	intermédio
	Não	236.52			
Relação com Pares	Sim	188.76	.001	.434	pequeno
	Não	239,31			

PM- Ponto Médio; n.a- não aplicável

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os respondentes de acordo com se considera ou não pertinente mais ações de sensibilização. O tamanho de efeito nesses casos varia entre o pequeno intermédio, validando assim a HI<sub>10</sub> para as dimensões: uso de substâncias; padrão de comportamento; perturbação mental; estrutura familiar; desempenho académico; e, relação com os pares.

## 2.17. Análise da HI11: existem correlações significativas entre as dimensões em estudo

Para teste a última Hipótese de Investigação, e conforme definido na tabela 1, calcularam-se os coeficientes de correlação não-paramétricos através do rho de Spearman, apresentados na Tabela 42, sendo que para o caso em apreço, todas as correlações são significativas ao nível ,05.

**Tabela 42 - Coeficientes de Correlação de Spearman**

	<b>Stress</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>US</b>	<b>PC</b>	<b>PM</b>	<b>CS</b>	<b>EF</b>	<b>DA</b>
Ansiedade	.723								
Depressão	.723	.628							
Uso de Substâncias	.134	.137	.158						
Padrão de Comportamento	.401	.329	.371	.354					
Perturbação Mental	.488	.448	.446	.311	.552				
Competências Sociais	.364	.318	.401	.090	.389	.420			
Estrutura Familiar	.287	.275	.335	.253	.288	.392	.322		
Desempenho Académico	.269	.283	.304	.498	.341	.457	.309	.444	
Relação com Pares	.129	.121	.160	.457	.307	.343	.224	.309	.410

Observando os dados apresentados na tabela 42, conclui-se que as correlações variam entre moderadas a fortes para as três dimensões da EADS-21, entre elas, e entre negligenciáveis e moderadas para as restantes combinações. Podemos assim afirmar que foi validada a HI<sub>11</sub>.



### 3 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

No campo da investigação, a discussão dos resultados é uma etapa de cariz muito significativo na medida em que se traduz enriquecedora para o estudo e para o investigador.

É nesta fase da investigação que é possível evidenciar os dados significativos encontrados, comparando-os com a opinião dos autores que deram suporte teórico ao presente estudo.

Assim, no presente capítulo, iremos proceder à interpretação e discussão dos resultados obtidos, de acordo com o quadro conceptual e fazer a confrontação e comparação com a evidência de outros estudos científicos sempre que se considere pertinente e relevante.

O plano de discussão segue a organização da apresentação dos dados focando-se particularmente na saúde mental e abrangência do consumo de substâncias, as suas particularidades face à caracterização e relação com as variáveis em estudo.

Para dar resposta ao primeiro objetivo de estudo *OEI-Identificar o nível da saúde mental (depressão, ansiedade e stress) dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança* e tal como já referimos anteriormente, utilizou-se a escala EADS21 de Lovibond e Lovibond cuja adaptação portuguesa se deve a Pais-Ribeiro, Honrado & Leal (2004).

#### **Quadro 6-** Perceção/perspetiva do comportamento dos jovens inquiridos nas subescalas EADS21

<b>Subescala – Ansiedade (EADS)</b>
A sensação desagradável que mais se evidencia é “Senti a minha boca seca”, seguida da sensação “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico” e da sensação “Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula”.
Observou-se que a maioria dos estudantes inquiridos afirmou que nunca sentiu as sensações/preocupações expostas 55.1% (n=216).
<b>Subescala – Depressão</b>

Destacam-se com alguma frequência: “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” e “Senti-me desanimado e melancólico.

Observou-se que a maioria dos estudantes inquiridos afirmou que nunca sentiu as sensações/preocupações expostas 51.0% (n=200).

#### **Subescala – Stress**

Destacam-se: “Senti que por vezes estava sensível”; “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações”; “Tive dificuldades em me acalmar” e “Senti dificuldade em me relaxar”.

Observou-se que a maioria dos estudantes inquiridos afirmou experimentar pelo menos com alguma frequência as sensações/dificuldades apresentadas 64.5% (n=253)

Considerámos pertinente uma perceção do comportamento dos jovens inquiridos em cada item das respetivas subescalas da referida escala em estudo e assim extraímos da Perspetiva descritiva, tal como se constata em resumo pelo quadro 6, que as condutas dos universitários são as expectáveis e aceitáveis face ao seu contexto de vivências no nível académico em que se encontram. Revelando, no entanto, algumas défices e limitações comportamentais na dimensão Stress, o que corrobora com os achados da literatura.

A evidência científica aponta que ao ingressar na vida universitária, os jovens estudantes, na sua maioria, experimentam uma certa insegurança no que concerne ao novo estilo de vida (contactos sociais, papéis e rotinas que têm de desempenhar) (Bouteyre Maurel & Bernaud, 2007; Ferreira, 2008; Mullins et al., 2016; Ramos & Carvalho, 2008; Tietzen, 2010). Este período de transição e adaptação a um novo contexto predispõe, de certo modo, a que os estudantes se tornem um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais (Michael et al., 2006).

A Ansiedade, o Stress e a Depressão são alguns dos problemas psicológicos que mais afetam várias áreas da vida do estudante, nomeadamente, funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e desempenho académico (Andrews & Wilding, 2004). Alterações que exijam adaptação ou respostas, mentais ou emocionais podem dar origem a situações de Stress (Galvão et al., 2017). O Stress quando em níveis elevados tem consequências sérias no bem-estar geral e conduta dos indivíduos (Lipp & Malagris, 2001; Lipp, 2006; Margis et al., 2003).

É importante lembrar que estes jovens se encontram na denominada adultez emergente, uma fase da sua vida pautada pela instabilidade e propicia ao desenvolvimento de determinadas perturbações, como stresse e sintomatologia ansiosa (Arnett, 2006).

Segundo Vibe et al., (2013), os jovens universitários encontram-se na faixa etária em que surgem as primeiras manifestações de muitas doenças psiquiátricas sendo necessária uma chamada de atenção para possíveis reflexos de psicossomatização.

Assim, é crucial dar especial relevo ao estudo da psicopatologia em estudantes universitários, pois as investigações demonstram nesta área um aumento de frequência e intensidade (Santos, 2011), sendo fundamental orientar os jovens para a procura de apoio em saúde mental pois, permitirá também gerar conhecimentos que permitirão explicar comportamentos em saúde tidos como menos assertivos (Zavala, 2017). A procura de ajuda por parte dos jovens, dependerá tanto do tipo de problema de saúde mental que está a ser vivido, quanto do tipo de fonte de ajuda considerada apropriada para esse problema (Rickwood et al., 2005)

Posteriormente na investigação, procedeu-se à análise das pontuações médias obtidas em termos da saúde mental (Depressão, Ansiedade e Stress) dos estudantes do IPB, fazendo uma comparação entre indivíduos do sexo feminino e masculino, ou seja, por sexo.

Relativamente à cotação e interpretação da escala EADS 21 utilizada temos que os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens que constituem cada subescala. A escala fornece assim, três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e, deste modo, o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. (Cada subescala é composta por sete itens, que avaliam a sintomatologia depressiva (anedonia, disforia, ausência de interesse, inércia, desvalorização, desmotivação), a ansiedade (relacionada com alteração do sistema nervoso, ansiedade resultante de inúmeras situações) e o stress (vivência de impaciência, irritabilidade e elevada excitabilidade) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

Assim, dos dados obtidos no presente estudo, podemos concluir que as médias gerais obtidas são baixas, em cada uma das dimensões de saúde mental (Depressão, Ansiedade e Stress), tal como resumido no quadro 7. Os resultados do presente estudo revelam assim, que a maioria dos estudantes universitários apresentam médias baixas, refletindo-se em níveis de ansiedade, depressão e stress tendencialmente normais.

**Quadro 7-** Saúde mental dos estudantes do IPB

Saúde Mental		Ansiedade	Depressão	Stress
	M	3.21	3.27	5.23
	DP	3.800	3.880	4.323
	n	392	392	392

*M*- Média; *DP*- Desvio Padrão

Contudo, transformando as pontuações dos respondentes em índices de intensidade de ansiedade, depressão e stress, de acordo com o descrito no manual da escala original (Lovibond, & Lovibond, 1996), encontramos que os alunos inquiridos na nossa investigação apresentam níveis de intensidade de Ansiedade, Depressão e Stress tidos como Normal respetivamente de 67.3%, 73.7% e 74.2%. No entanto, mais de 25% dos estudantes mostram índices de intensidade acima do normal, nas dimensões depressão e stress, chegando, no entanto, quase um terço na dimensão ansiedade, com o Nível Extremo a surgir nos inquiridos com 7.1%, para a Dimensão Ansiedade, 2.8% para a Dimensão Depressão e 1.8% para a Dimensão Stress, tal como sumariado no quadro 8.

**Quadro 8-** Índice de intensidade (Normal/Extremo) da Saúde Mental dos estudantes do IPB.

Nível		n	%
<b>Ansiedade</b>	Normal	264	67.3%
<b>Depressão</b>		289	73.7%
<b>Stress</b>		291	74.2%
<b>Ansiedade</b>	Extremo	28	7.1%
<b>Depressão</b>		11	2.8%
<b>Stress</b>		7	1.8%

O que pressupõe boas vivências, dos inquiridos no nosso estudo em contexto universitário.

Visto que analisando a evidência da literatura encontramos que o interesse pelo estudo da prevalência de doenças mentais nos universitários tem sido crescente, tendo em conta que na sua maioria experimentam uma certa insegurança no que concerne ao novo estilo de vida (Bouteyre, Maurel & Bernaud, 2007; Ferreira, 2008; Mullins et al., 2016; Ramos & Carvalho, 2008; Tietzen, 2010) e várias investigações têm assinalado na população universitária, índices de saúde mental inferiores aos da população em geral, na medida em que a transição para o Ensino Superior pode constituir uma etapa com potenciais ameaças à saúde e bem-estar dos estudantes (Mowbray et al., 2006; Negovan & Bagana, 2011; Neves & Dalgarrondo, 2007).

Rickwood et al., (2005) indicam que, apesar da melhoria considerável nas condições de vida e no bem-estar físico, aumenta a prevalência de problemas e distúrbios de saúde mental nesta fase. Os mesmos autores explicam ainda que o risco a que a saúde mental dos mais jovens está exposta se deve a situações como: a separação dos pais, a entrada em um processo de consolidação da sua identidade, a necessidade de tomar decisões sobre a sua educação e vocação, o início da formação de relacionamentos íntimos e o desenvolvimento de grupos de socialização, comportamentos inerentes à entrada no ensino superior.

Os resultados da presente investigação são consideravelmente mais positivos do que os resultados de estudos anteriores. Um estudo que avaliou dez instituições de Ensino Superior em Hong Kong demonstrou elevados índices de depressão, ansiedade e stresse nesta população (Wong et al., 2006)

Dados relativamente recentes da American College Health Association (ACHA) referem que 43.7% dos estudantes do ensino superior apresenta níveis de stress acima da média e que 11% apresenta stress extremo; além disso, 8.6% dos inquiridos tinha diagnóstico de depressão e 8.6% apresentava diagnóstico de ansiedade (ACHA, 2014, cit in Nogueira,2017).

Poeta (2018), objetivando caracterizar os comportamentos de saúde e a saúde mental de estudantes do ensino superior incluiu 339 estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI) na sua investigação e os resultados evidenciaram uma prevalência elevada de stress psicológico (17%), ansiedade (22%) e depressão (14%).

Estes dados merecem especial atenção pois no período de frequência da universidade os estudantes vivenciam diversas fases e muitas vulnerabilidades psicológicas, sendo importante o reconhecimento destas pela instituição de ensino para que ocorra uma superação dos momentos considerados mais difíceis (Andrade et al., 2016). Certo (2016), no seu estudo desenvolvido no IPB, no ano letivo 2014/2015, relativamente aos estudantes que acediam ao gabinete de psicologia, segundo a Psicóloga Clínica do Gabinete Clínico, 30% dos estudantes apresentando ansiedade, 15% ataques de pânico, 15% humor depressivo, 20% acontecimentos de vida traumáticos, 6% transtornos de personalidade, 4% perturbações alimentares e 10% outras problemáticas.

Também Bento et al., (2021) evidenciam que algumas das formas de mal-estar emocional e psíquico que analisaram, poderão ter uma expressão e impacto importantes ao nível da saúde mental e física dos estudantes do ensino superior. Com efeito, cerca de um terço dos estudantes referiram sentir-se tristes ou deprimidos, pelo menos uma vez por semana, sendo esta percentagem semelhante à dos estudantes que referiram sentir-se sozinhos.

Os dados obtidos também se revelam muito favoráveis porque, de acordo com Abhainath & Kedare (2016), melhor saúde mental em jovens estará associado a melhor saúde física, comportamentos socialmente positivos e comportamentos de menor risco.

Pelo contrário, os jovens com problemas de saúde mental, como a depressão, são mais propensos a apresentar comportamentos de risco, a isso se acrescenta o encargo económico e social das famílias e da sociedade, em termos de stress, custos de tratamento e incapacidade. Os jovens adultos estão particularmente em risco de desenvolver quadros psicopatológicos, sobretudo a população dos estudantes universitários, que durante o período de transição para o ensino superior são confrontados por um conjunto de vulnerabilidades que importa salientar (Abhainath & Kedare, 2016; Andrade et al., 2016; Mowbray et al., 2006; Neves & Dalgarrondo, 2007; Nogueira, 2017)

Neste sentido, Santos (2011) evidenciou que 16% dos jovens universitários se encontrava em situação de risco e que 37% apresentava uma saúde mental disfuncional; Almeida (2014) constatou que 18.3% dos estudantes exibia uma saúde mental negativa; Nogueira & Sequeira (2017) demonstraram que 16.6% da sua amostra apresentava níveis de saúde mental baixos.

No estudo de Poeta (2018), em termos de saúde mental, a maioria dos estudantes s inquiridos apresenta índices de saúde mental global moderados (n=211, 65.5%). Não obstante, esses dados não poderiam ser negligenciados, pois uma parte significativa da amostra apresentava níveis baixos, propensos a indiciar uma pior saúde mental (n=60, 18.6%), resultados muito idênticos aos encontrados em outros estudos portugueses.

Deste modo podemos considerar os valores encontrados por nós positivos face à sugestão da literatura, no entanto e apesar da evidência das investigações anteriores, não podemos descurar o atual e evolutivo contexto pandémico.

Assim, tendo em conta as atuais mudanças na vida e nas rotinas dos estudantes universitários têm surgido estudos que revelam que a atual pandemia se encontra associada a aumento da sintomatologia de ansiedade, depressão (Salman et al., 2020) e a dificuldades de adaptação ao enfrentar das contingências globais originadas pela pandemia (Ribeiro et al., 2020).

Foi realizado por Barros & Sacau-Fontenla (2022) um estudo transversal numa amostra de 478 estudantes universitários em Portugal onde se utilizou escala de Depressão Ansiedade e Stress para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e stress. Resultados: 32%, 28% e 24% dos universitários apresentam níveis graves ou extremamente graves de ansiedade, depressão e estresse, respetivamente.

Ainda neste contexto, também os estudos realizados em diversos países têm apontado para resultados semelhantes.

Um estudo realizado recentemente em Espanha por exemplo, revelou a existência de sentimentos negativos, tais como o medo, a preocupação e o stress nos estudantes universitários, sendo possível verificar a existência de níveis moderados a graves de ansiedade e depressão nesta parte da população. Este estudo, concluiu que a atual situação de pandemia teve um impacto significativo e desfavorável na saúde psicológica dos estudantes universitários na medida em que os resultados mostraram que 52.1% dos respondentes foram classificados com níveis/Scores de alto, 30.1% como grave e 17.8% como normal Marques et al., (2021).

Na Grécia, um outro estudo verificou que a maioria dos estudantes universitários, revelou níveis elevados de ansiedade, de depressão, de pensamentos suicidas e também um aumento na quantidade de sono, embora a qualidade tenha diminuído. Mais especificamente, os resultados da análise das respostas a um inquérito online, junto de 1000 estudantes universitários, sobre o impacto do confinamento na sua saúde mental referem que os participantes relataram mudanças com aumento da ansiedade (73.0%), depressão (60.9%) e tendência geral ao suicídio (20.2%); a quantidade de sono aumentou em 66.3%, mas a qualidade piorou em 43.0% (Kaparounaki et al., 2020).

Antunes (2021) percebeu, igualmente, que existiam estudantes universitários que reportavam níveis de moderado a muito severo nestes indicadores de saúde mental. 43.3% dos estudantes revelaram níveis moderados a muito severos de depressão, 36.7% de stress e 33.8% de ansiedade. Resultados tidos como expectáveis e consistentes com a literatura que aponta que os estudantes universitários revelam níveis significativos de ansiedade, depressão e stress moderados a graves durante a pandemia (Lee, Jeong & Kim, 2021; Saadeh et al., 2021).



Os valores de estudos recentes, tendo em foco o período após aparecimento da Covid 19, denominado “Pós Covid 19”, apontam para que os estudantes universitários têm vindo a ser apreciados. como um grupo suscetível ao sofrimento psicológico face a situações de crise (Salman et al., 2020). Deste modo, a literatura mostra-nos que a pandemia parece ter um impacto psicológico nos estudantes do ensino superior e que este impacto se manifesta através de sintomas de ansiedade, depressão fragilizando a sua saúde mental (Ribeiro et al., 2020). Apesar das adversidades do momento atual, é expectável que os estudantes universitários “ao longo do tempo ajustem as suas respostas de modo a retomar o sentido de equilíbrio” (Ribeiro et al., 2020,p.27).

Para dar resposta ao segundo objetivo *OE<sub>2</sub>:Identificar os hábitos de consumo de substâncias psicoativas dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança*, além de perceber as substâncias mais consumidas pelos estudantes, considerou-se também pertinente uma perceção do comportamento dos jovens inquiridos em cada item das respetivas dimensões em estudo no inventário DUSI-R (Uso de substâncias, Padrão de comportamentos, Perturbação mental, Estrutura familiar, Competências sociais, Desempenho académico e Relação com os pares).

**Quadro 9-** Perceção/perspetiva do comportamento dos jovens inquiridos nas dimensões do DUSI-R em Estudo

<b>Dimensão – Uso de Substâncias</b>
<p>É de salientar que 43.6% (n=171) dos alunos que participaram no estudo “Gosta de jogos que envolvam bebidas quando vai a festas”; 36.0% (n=141) “Já teve sintomas de abstinência após o uso de álcool”; 36.0% (n=141) “Já teve problemas para se lembrar do que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool”; 19. % (n=78) “Já sentiu falta ou teve forte desejo por álcool ou drogas” e 15.8% (n=62) “Já teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa da bebida ou do seu uso de drogas”.</p>
<p>Contudo, observou-se que a maioria dos inquiridos não assumiu os comportamentos descritos</p>
<b>Dimensão – Padrão de Comportamento</b>
<p>Relativamente aos itens que caracterizam a dimensão Padrão de Comportamento, observou-se que a maioria dos inquiridos assumiu que “Sou teimoso”, 74.5%</p>

(n=292); “Sou desconfiado em relação a outras pessoas”, 60.5% (n=237); “Tenho um feitio difícil”, 56.4% (n=221) e “Aceito bem as críticas”, 77.3% (n=303). De salientar que 47.7% (n=187) referiu “Quando reclamo digo muitos palavrões”, 41.6% (n=163) afirmou que “Chateio-me ou aborreço-me facilmente” e (29.3%) (n=115) “Faço muitas coisas sem pensar primeiro nas consequências”.

Estes comportamentos poderão ilustrar alguma impaciência e imaturidade dos jovens estudantes envolvidos no estudo

#### **Dimensão – Perturbação Mental**

É de destacar 75.3% (n=295) dos alunos inquiridos afirmou que “Preocupa-se demais”; 73.7% (n=289) “Tem dificuldade para deixar de pensar em determinadas coisas”; 45.7% (n=179) “Tem problemas para se concentrar” e 43.1% (n=169) “Considera-se uma pessoa nervosa”

Observa-se que a maioria dos inquiridos não assumiu os comportamentos descritos.

#### **Dimensão Competências Sociais**

Verificou-se que 80.4% (n=315) manifestaram “Preocupa-se na forma como as suas ações vão afetar os outros”; 48.2% (n=189) referiram que “Tem dificuldade em dizer "não" às pessoas”; 38.5% (n=151) afirmou que “Sente-se desconfortável se alguém o elogiar” e 33.2% (n=130) manifestaram que preferia atividades com pessoas com bastante mais idade que eles.

Constatou-se que a maioria dos inquiridos não assumiu os comportamentos descritos.

#### **Dimensão Estrutura Familiar**

De referir, no entanto, que cerca de 20% dos inquiridos afirmou que a família dificilmente faz coisas juntos, que os pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo e que os pais ou responsáveis desconhecem o que eles realmente pensam ou sentem sobre as coisas que são importantes.

Verificou-se que de modo geral as famílias dos jovens envolvidos no estudo apresentam uma boa estrutura, pois uma expressiva maioria respondeu negativamente às questões colocadas.

#### **Dimensão Desempenho Académico**

Observou-se que os comportamentos ou problemas que potenciam o mau desempenho com maior frequência de respostas afirmativas foram: “Tem problemas para se concentrar na universidade ou quando está a estudar”, 47.7% (n=187); “Falta

às aulas mais de dois dias por mês”, 44.1% (n=173); “Atrasa-se para as aulas com frequência”, 25.5% (n=100) e “Sente-se sempre sonolento nas aulas”, 29.8% (n=117).

A grande maioria dos inquiridos gosta da instituição que frequenta estabelece boas relações, não anda desanimado com os estudos e não tem grandes problemas a registar.

#### **Dimensão Relação com os Pares**

De salientar que 49.2% (n=192) dos inquiridos referiu que “Os seus amigos levaram drogas ou álcool para festas no ano passado”; 43.9% (n=172) afirmou que “Os seus amigos ficam aborrecidos nas festas quando não é servido álcool” e 25.5% (n=100) disse que “Algum dos seus amigos já teve problemas com a lei”.

Verificou-se que a maioria respondeu afirmativamente a: “Algum dos seus amigos usa álcool ou drogas regularmente”, 60.2% (n=236); “Algum dos seus amigos copia nos testes/exames”, 83.2% (n=326) e “Os seus amigos usam cábulas”, 75.5% (n=296).

Numa perspetiva global, em síntese no quadro 9, podemos concluir que a perceção do comportamento dos jovens universitários inquiridos no nosso estudo se traduz como positiva face aos itens das respetivas dimensões em estudo no inventário DUSI-R, na medida em que as suas respostas são na sua maioria favoráveis a uma conduta assertiva face ao âmbito das dimensões em estudo. Estes achados corroboram com a evidência da literatura, que classifica esta fase da vida como altamente propensa a condutas desafiantes.

De acordo com Santos, & Macena, (2016), alguns fatores têm sobressaído como preditores de transição evolutiva para a vida adulta, dos quais se destacam a progressão no ciclo de estudo. Esta etapa da vida é caracterizada como uma fase intermédia, uma fase de mudança, de passagem, de choque ou crise, de sucessão de estádios, de status, apresentando uma variabilidade de atitudes e comportamentos (Galvao et al., 2016).

Assim, os jovens adultos com o ingresso no ensino superior vivenciam múltiplas mudanças, onde por vezes é preciso conciliar motivações e interesses pessoais com novos contextos de vida, ao nível familiar, social e escolar, embatendo-se com um período controverso de alterações a vários níveis (Ramos & Carvalho, 2008). Bouteyre

et al., (2007) indicam que a transição para a Universidade exige alterações na vida dos jovens, denominando esses momentos de acontecimentos de vida stressantes. Esta fase impõe assim, um ajuste social, emocional e a adoção de estratégias de coping indispensáveis para fazer frente às imposições próprias do meio académico e os estilos de vida dos estudantes universitários possuem características muito próprias, nomeadamente no que diz respeito ao poder de decisão e autonomia nas escolhas sobre a sua maneira de viver (Dinger & Waigandt, 1997).

Na **Dimensão Uso de Substâncias** não assumiram os comportamentos descritos, o que se traduz como favorável à luz da evidência científica disponível.

As novas experiências durante o início na universidade são muito importantes para a permanência no ensino superior (Mendes & Lopes, 2014; Pascarella & Terenzini, 2005). O ambiente universitário facilita o acesso dos jovens às substâncias psicoativas e alguns estudos demonstram que o consumo aumenta após a inserção neste meio segundo Segatto, et al., (2007). De acordo com Evangelista, Kadooka, Pires, & Constantino (2018) a entrada na universidade, apresenta-se como uma fase de maior autonomia e emancipação, possibilitando novas experiências, mas que ao constituir também um período de maior vulnerabilidade, faz com que estes jovens fiquem mais suscetíveis ao consumo de drogas e aos seus efeitos.

Múltiplas razões causam estados negativos ou de sofrimento psicológico que impelem o estudante do ensino superior a consumir substâncias psicoativas (Burriss et al., 2009) e alguns autores têm descrito os estilos de vida adotados no contexto do ensino superior como comportamentos de risco ou pouco saudáveis, que podem comprometer a saúde presente e futura do indivíduo (Abolfotouh, Bassiouni & Mounir, 2007; Keller, 2008). A elevada importância da adesão a estilos de vida saudáveis incentivou investigadores a desenvolverem investigações e trabalhos nesta área, abordando comportamentos ao nível do consumo de substâncias nocivas, alimentação, sedentarismo e, atividade física, condutas de elevado risco para a vida, comportamentos sexuais, cuidados de higiene e aparência, ocupação dos tempos livres e vigilância médica (Tietzen, 2010).

Na **Dimensão – Padrão de Comportamento** os estudantes revelaram algumas condutas que poderão ilustrar ou traduzir uma notória impaciência e imaturidade dos jovens inquiridos envolvidos no estudo.

Os comportamentos na área da saúde poderão resultar da interação de atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, também de tendências ou modas, ou seja, das características do estilo de vida individual (Kickbusch et al., 2013)

Na juventude, são assim, inúmeros os desafios que são colocados aos jovens, acarretando não só novas oportunidades/escolhas, mas também novos desafios e riscos, sendo este considerado um intervalo crítico, de maior vulnerabilidade (Grácio, 2009; Wagner & Andrade, 2008). Os jovens estudantes do ensino superior, constituem um grupo vulnerável, pois com a entrada no ensino superior ocorrem inúmeras e variadas alterações (Mendes & Lopes, 2014; Pascarella & Terenzini, 2005), tais como o questionar os valores e hábitos que lhes foram transmitidos pela família ao longo da sua vida (Brito, Gordia & Quadros, 2016)

As vivências académicas englobam elementos importantíssimos que se refletem na adaptação e no relacionamento interpessoal e institucional, podendo causar impacto na permanência dos estudantes (Carlotto, Teixeira & Dias, 2015; Marinho-Araujo et al., 2015; Porto & Soares, 2017). Múltiplas razões causam estados negativos ou de sofrimento psicológico que impelem o estudante do ensino superior a consumir substâncias psicoativas (Burriss et al., 2009).

Na **Dimensão – Perturbação Mental** observou-se que a maioria dos inquiridos não assumiu os comportamentos descritos, o que se traduz favoravelmente para os inquiridos. Na medida em que, à luz do conhecimento científico, aquando da sua entrada no ensino superior os estudantes, na sua maioria, experienciam uma certa insegurança relacionada ao novo estilo de vida (contactos sociais, papéis e rotinas que têm de desempenhar). Possuem também expectativas positivas em relação à sua nova vida e são quase sempre partilhadas com a família e os amigos, com um certo orgulho, instalando pressão nos jovens estudantes, além da pressão já criada por viver longe da família e dos amigos de sempre (Costa, 2009; Mullins et al., 2016).

A transição para a Universidade exige alterações na vida dos jovens, denominando esses momentos de acontecimentos de vida stressantes. Esta fase impõe

assim, um ajuste social, emocional e a adoção de estratégias de coping indispensáveis para fazer frente às imposições próprias do meio acadêmico (Bouteyre et al., 2007). Esta etapa pode traduzir-se assim, como um enorme desafio, que para além de permitir a aquisição de competências específicas, representa em simultâneo uma forma de adquirir a autonomia pretendida. Este processo de adaptação à mudança aparenta ser indeclinável e o êxito do jovem será determinado por fatores de proteção e de vulnerabilidade do jovem à mudança (Ferreira, 2008).

Na **Dimensão Competências Sociais** constatou-se que a maioria dos inquiridos não assumiu os comportamentos descritos.

A frequência do Ensino Superior depreende para o estudante universitário a acomodação de novos hábitos, circuitos e rotinas e a incorporação de novos comportamentos e conhecimentos, implicando capacidade de adaptação a novos padrões que passam por uma maior maturidade na relação com os outros e o aperfeiçoamento de novas competências para um melhor desempenho de âmbito geral (Almeida et al., 2007a; Couto et al., 2012; Soares & Del Prette, 2015). Estas englobam habilidades de iniciação e manutenção de relações sociais e abarcam a capacidade de este conseguir resolver problemas, de elogiar, reclamar e afirmar-se socialmente (Pedroso- Lima et al., 2014; Soares & Del Prette, 2015). Contrariamente ao expectável, frequentemente os jovens universitários não demonstram ter desenvolvido estas habilidades que lhes permitem o devido ajustamento social, necessitando de as adquirir ou aprimorar (Angélico, Crippa & Loureiro, 2006; Soares & Del Prette, 2015). Alguns autores defendem que as habilidades sociais são cruciais para que o jovem indivíduo interaja socialmente de forma aceitável e satisfatória, independentemente do contexto e cultura (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010).

Na **Dimensão Estrutura Familiar** verificou-se que de modo geral as famílias dos jovens envolvidos no estudo apresentam uma boa estrutura, pois uma expressiva maioria respondeu negativamente às questões colocadas revelando uma boa dinâmica familiar.

Entende-se que a família é o principal grupo social na formação do indivíduo, tendo como um dos papéis fundamentais o atendimento às necessidades biológica, psicológica, social e cultural de cada um de seus componentes (Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005). A família educa e transmite valores. É fundamental para o completo

desenvolvimento da criança e do jovem sentir-se parte de uma família, em que a proteção familiar, além de resguardar e preservar a vida e saúde de seus membros, possibilita também orientação e acompanhamento. A forma de relacionamento que se estabelece desde a mais tenra idade é a que irá prevalecer no futuro (DGS, 2019a; Elsen, 2002; Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005).

Sendo que a interação do jovem, com o contexto que o rodeia, resulta da integração de habilidades sociais emocionais, linguísticas, cognitivas, ajustamento social e competência social (Cordier et al., 2015). E, ainda de que, de acordo com o mesmo autor, existem fatores, externos e internos, que podem interferir na predisposição do indivíduo para a interação com os outros e, conseqüentemente, no funcionamento social. Como fatores internos podem-se referir o desenvolvimento do cérebro, a personalidade e o temperamento, e como fatores externos as influências ambientais, os fatores familiares, o nível socioeconómico e a cultura (Cordier et al., 2015).

De acordo com Giglioti & Guimarães (2007), a família é regida por regras que determinam o seu funcionamento e que dão o “ritmo” do relacionamento de seus membros, além de que o comportamento de qualquer membro da família afeta e é afetado por todos os outros. Os jovens que têm maior apoio e suporte, e que se sentem compreendidos pela família apresentam menor padrão do consumo de drogas. Ainda, o afeto e o interesse mostrados pelos pais, o tempo que passam com seus filhos e a firmeza de medidas disciplinares mantêm a relação com a abstenção do uso de drogas, assim de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020) tem menor risco de uso de drogas o indivíduo pertencente a uma família bem integrada, nela mesma e na sociedade, e que conte com fatores protetores como estar bem informado, ter qualidade de vida, ter difícil acesso às drogas e conviver num contexto harmonioso.

Outra perspectiva que tem também sido alvo de investigação e com correlação demonstrada na adaptabilidade ao percurso académico em estudantes que ingressam na vida universitária é a importância do apoio parental (Botton, Cúnico & Strey, 2015; Dias, 2012; Fiorino, Maré & Bardagi, 2017). De acordo com estes investigadores, tal apoio apresenta-se como relevante, possivelmente por facilitar o processo de identificação do estudante com a profissão (provavelmente estimulando-o a envolver-se

com o curso, as suas atividades e professores), o que pode ou não ocorrer com jovens que percebem que as suas escolhas não correspondem às expectativas parentais.

Na **Dimensão Desempenho Académico** constatou-se que a grande maioria dos inquiridos gosta da instituição que frequenta estabelece boas relações, não se apresenta desanimado com os estudos e não tem grandes problemas a registar. O que se apresenta como positivo para os estudantes do nosso estudo.

De acordo com a literatura, são apontadas relações entre a adaptação dos alunos ao ensino superior e o seu sucesso académico, mais abrangentes que o rendimento escolar, já que envolvem inúmeros fatores não só de índole cognitivo, mas também pessoal e social (Carvalho Alves, 2017). O sucesso na vida académica no ensino superior assenta também em fatores, além da preparação académica tais como, a escolha da universidade, a vocação, o apoio da família e dos colegas, a motivação para aprender ou as características demográficas em que o estudante se insere (Kuh et al., 2006). O modo como os alunos vêm as dificuldades, ou a intensidade com que as sentem, poderá influenciar todo o seu percurso estudantil a partir da entrada na universidade, o que se reporta à influência das características psicossociais dos estudantes na qualidade da adaptação à universidade (Diniz & Almeida, 2006; Ting & Robinson, 1998). Traços de personalidade, tais como a autoconfiança ou o locus de controlo interno influenciam a capacidade para ter sucesso (Kuh et al., 2006). O stress provocado pela mudança de cenários, de hábitos, a separação da família (Pascarella & Terenzini, 2005; Tinto, 1996) também são elementos importantes.

Na **Dimensão Relação com os Pares** Verificou-se que um número significativo de alunos respondeu afirmativamente a comportamentos que denotam problemáticas subjacentes ao seu contexto de relacionamentos, o que se podem traduzir como de algum risco.

A evidência científica diz-nos que, no percurso do jovem universitário podem surgir contextos facilitadores, tais como as redes de amizade que os estudantes estabelecem, proporcionando um melhor ajuste (Teixeira, Castro & Piccolo, 2007), com impacto no desenvolvimento psicossocial, no rendimento académico e na ambientação à Universidade (Teixeira, 2009). Segundo Monteiro, Tavares & Pereira (2009), o desenvolvimento do adulto emergente poderá ser influenciado também pelo contexto do ensino superior. Este período caracteriza-se pelo desenvolvimento da identidade e



obtenção da autonomia a diversos níveis e, para muitos estudantes, a entrada no ensino superior implica a saída da sua residência familiar e consequente afastamento dos pais, familiares e amigos. Além de que, o ambiente académico é rico em rituais e tradições, por exemplo, a Praxe Académica que é uma tradição dinâmica e que tem vindo a adaptar-se aos tempos atuais, uma vez que em cada geração, tem um significado e interpretação próprios e se vem adequando à realidade do momento (Frias, 2003) Assim, não é só um conjunto de regras e costumes, mas engloba uma multiplicidade de comportamentos e de estatutos, de rituais, de cerimónias e festividades, de simbologia, de eventos musicais, de hinos, de ritmos temporais, de trajes, de poemas, de saídas noturnas. A praxe integra a vida associativa estudantil, marcando a entrada e toda a passagem dos estudantes pelo ensino superior (Frias, 2003). E é esta, por vezes, a conjuntura sociocultural e emocional amplamente complexa, de passagem dos estudantes para uma etapa de independência e interrogação de valores, crenças e atitudes, desencadeia por vezes alterações no seu estilo de vida, com possível apresentação de condutas negativas (Tietzen, 2010).

“A importância da estatística e da investigação consiste na diferença entre ter políticas e intervenções baseadas na evidência científica e não ter” (SICAD, 2020) .

Assim, o conhecimento sobre a realidade do comportamento associado ao consumo de substâncias psicoativas, permite identificar as possíveis tendências e focar nas necessidades de intervenção, bem como nas opções estratégicas, razão que serviu para percebermos quais as substâncias psicoativas mais consumidas pelos alunos universitários da nossa amostra.

No entanto, considerando pertinente uma abordagem mais sistematizada apresentamos apenas as três substâncias com maior frequência de consumo registadas (álcool, cannabis e analgésicos) e desse modo recodificando ainda as variáveis com as respostas não consumiu/consumiu, apresenta-se o quadro 10. (No que se refere ao consumo de substâncias nos últimos 30 dias, observou-se que com exceção do álcool, as substâncias afetas ao estudo, não foram consumidas nesse período pela maioria.)

**Quadro 10-** Substâncias com maior frequência de consumo nos últimos 30 dias

<b>Substâncias</b>	<b>Total</b>	<b>Consumo nos últimos 30 dias</b>
<b>Álcool</b>	392	76.7% (n=299)
<b>Analgésicos</b>	392	24.5% (n=96)
<b>Cannabis</b>	388	15.7% (n=61)

O consumo de substâncias psicoativas traduz-se, atualmente, como um verdadeiro fenômeno de progressiva expansão na sociedade contemporânea (Carapinha & Guerreiro, 2019; SICAD, 2020). Os valores do último ano referentes ao consumo de substâncias ilícitas na união Europeia permitem avaliar o consumo recente de drogas e revelam que o consumo atinge principalmente a população jovem adulta. Estima-se que 19,1 milhões de jovens adultos (15-34 anos) tenham consumido drogas no último ano (16%), com uma proporção de quase dois para um entre os consumidores do sexo masculino (20 %) e do sexo feminino (11%) (EMDCDDA, 2019).

Os valores encontrados no presente estudo corroboram com a evidência científica, no que concerne a esta questão, os estudos relacionados com os estudantes de ensino superior aumentaram nestes últimos anos, indicando que os estudantes adotam estilos de vida pouco saudáveis durante o percurso acadêmico (Costa, 2009; Galvao et al., 2016; Galvao et al., 2017).

Dados que se apresentam idênticos ao estudo de Rodrigues (2013), onde participaram 218 estudantes do ensino superior que também identificou o álcool, cannabis e analgésicos como as substâncias em que os participantes revelaram maiores consumos, respetivamente: álcool 80.7%, analgésicos 31.7% e cannabis 20.6%. (Valores, ligeiramente mais elevados em comparação com o nosso estudo.)

Também Florêncio et al., (2019), encontraram valores análogos no que concerne ao consumo de risco ou nocivo de substâncias psicoativas sendo que, no seu estudo que envolveu 352 estudantes universitários, de entre os participantes as substâncias mais utilizadas no último mês foram: o álcool (71.3%) seguido dos analgésicos (67.3%). Dados idênticos apresentaram Domingos & Domingos (2005)

onde o álcool é a substância mais utilizada (69%), ficando os analgésicos em segundo lugar (34%). Já Ribeiro et al., (2020) na sua pesquisa que envolveu 937 estudantes do ensino superior, reconhecem na sua investigação o álcool como a substância mais consumida (78.7%), seguida da cannabis (23.4%).

Será de todo pertinente ter em conta que o consumo de álcool em contexto universitário poderá ser uma consequência de hábitos adquiridos anteriormente à entrada do estudante no ensino superior. De acordo com o SNS, o SICAD apresentou os dados relativos ao estudo “Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: ECATD – 2019 (Lavado, Calado & Feijão, 2019) realizado entre estudantes, dos grupos etários dos 13 aos 18 anos e segundo os dados apurados, o álcool é a principal substância consumida. A grande maioria (68%) dos inquiridos no estudo já ingeriu uma bebida alcoólica ao longo da vida e 38.2% referiram que o tinham feito nos últimos 30 dias. No que concerne ao consumo de cannabis nos últimos 30 dias (5.6%) dos estudantes apontaram a sua utilização.

No Inquérito Nacional de Saúde de 2019, 69% da população com 15 ou mais anos declarou ter tomado bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, 22% nunca beberam na vida e 8% já beberam, mas não nos últimos 12 meses (Eduarda Góis, 2019) Ainda relativamente ao álcool, também em 2019, foi realizada a 5.<sup>a</sup> edição do inquérito anual Comportamentos Aditivos (inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional) tendo se registado (68%) de prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica nos últimos 30 dias, aos 18 anos (Calado et al., 2020; Carapinha et al., 2020).

O SICAD (2020) promoveu em Portugal o Inquérito online de autopreenchimento, da iniciativa do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência dirigido a utilizadores de drogas com 18 ou mais anos, em cerca de 30 países europeus, tendo participaram neste inquérito 3188 consumidores de canábis em Portugal. Nessa amostra de utilizadores de cannabis, 48% tinham entre 18-24 anos. E a totalidade dos inquiridos a frequentar o ensino superior era de 18%.

A cannabis é a substância psicoativa ilícita mais consumida, sendo a prevalência do seu consumo cerca de cinco vezes superior à do consumo de outras substâncias (EMDCDDA, 2019).

Considerando as substâncias com maior frequência de consumo (álcool, cannabis e analgésicos) e recodificando essas variáveis com as respostas não consumiu/consumiu. Estas foram cruzadas com as variáveis sociodemográficas: sexo, prática de exercício físico, início da atividade sexual, habita em locais movimentados e com a pertinência de mais ações de sensibilização para jovens universitários, encontrando-se as principais conclusões no quadro 11.

**Quadro 11- Cruzamento do consumo de Álcool, Cannabis e Analgésicos nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado**

<b>Cruzamento do consumo de Álcool nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado</b>
<p>Conclui-se que o consumo de álcool nos últimos 30 dias não esteve significativamente associado ao sexo do estudante (<math>\chi^2=2.525</math>; <math>p=0.112</math>), ou seja, o consumo acontece identicamente entre homens e mulheres, poderá é a frequência e quantidade ser diferente. De forma análoga se concluiu que o consumo de álcool no último mês não esteve significativamente associado ao exercício físico (<math>\chi^2=3.975</math>; <math>p=0.059</math>) e nem ao facto dos inquiridos viverem numa zona movimentada (<math>\chi^2=1.168</math>; <math>p=0.288</math>). Por outro lado, verificou-se que o consumo de álcool esteve significativamente associado ao facto de já ter iniciado a atividade sexual (<math>\chi^2=12293</math>; <math>p&lt;0.001</math>), observando-se que os alunos que já iniciaram a atividade sexual e consumiram álcool nos últimos 30 dias superam o que era teoricamente esperado. Também se verificou a associação estatisticamente significativa entre o consumo recente de álcool e a necessidade um aumento de campanhas de sensibilização (<math>\chi^2=4.227</math>; <math>p&lt;0.05</math>), sendo os alunos que não consumiram álcool os que mais expressam a necessidade de tais campanhas.</p>
<b>Cruzamento do consumo de Cannabis nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado</b>
<p>Concluiu-se que o consumo de cannabis nos últimos 30 dias não esteve significativamente associado à prática de exercício físico por parte do estudante (<math>\chi^2=1.088</math>; <math>p=0.376</math>), ou seja, o consumo acontece identicamente entre alunos que praticam ou não exercício físico. De forma análoga se concluiu que o consumo de cannabis no último mês não esteve significativamente associado ao facto dos inquiridos viverem numa zona movimentada (<math>\chi^2=0.303</math>; <math>p=0.341</math>). Por outro lado,</p>

verificou-se que o consumo de canábis esteve significativamente associado sexo ( $\chi^2=13.600$ ;  $p<0.001$ ), observando-se que os alunos que praticam exercício físico e consumiram cannabis nos últimos 30 dias superam o que era teoricamente esperado. Também se verificou a associação estatisticamente significativa entre o consumo recente de cannabis e o facto de já ter iniciado a atividade sexual ( $\chi^2=4.559$ ;  $p<0.05$ ), assim como com a necessidade um aumento de campanhas de sensibilização ( $\chi^2=9.001$ ;  $p<0.01$ ), sendo os alunos que não consumiram cannabis os que mais expressam a necessidade de tais campanhas.

#### **Cruzamento do consumo de Analgésicos nos últimos 30 dias com as variáveis sociodemográficas e teste do qui-quadrado**

Concluiu-se que o consumo de analgésicos nos últimos 30 dias não esteve significativamente associado à prática de exercício físico por parte do estudante ( $\chi^2=0.528$ ;  $p=0.534$ ), ou seja, o consumo acontece identicamente entre alunos que praticam ou não exercício físico. De forma análoga se concluiu que o consumo de analgésicos no último mês não esteve significativamente associado ao facto de já ter iniciado a atividade sexual ( $\chi^2=0.301$ ;  $p=0.659$ ), nem ao facto dos inquiridos viverem numa zona movimentada ( $\chi^2=0.053$ ;  $p=0.907$ ) e nem ao facto de os alunos sentirem necessidade de um aumento de campanhas de sensibilização ( $\chi^2=0.053$ ;  $p=0.907$ ). Por outro lado, verificou-se que o consumo de analgésicos esteve significativamente associado sexo ( $\chi^2=7.937$ ;  $p<0.01$ ), observando-se que foram os alunos do sexo feminino que mais consumiram analgésicos nos últimos 30 dias e superam o que era teoricamente esperado.

O confronto com a evidência científica será efetuado quando da discussão das hipóteses do estudo.

Na continuidade da resposta ao segundo objetivo, procedeu-se à análise das pontuações médias e respetivos desvios padrão obtidos em termos do uso de substâncias, de acordo com as dimensões utilizadas do DUSI-R (consumo de substâncias, padrão de comportamentos, perturbação mental, estrutura familiar, competências sociais, desempenho académico e relação com os pares) dos estudantes do IPB, fazendo, também neste caso, uma comparação entre indivíduos do sexo feminino e masculino.

Na nossa investigação e visando o atingir do objetivo 2, atentando na questão de que a análise da densidade absoluta se refere à intensidade de problemas presentes em cada dimensão do instrumento DUSI R e tendo em conta que quanto mais o resultado se encontra elevado, maior é a intensidade dos problemas nessa mesma dimensão, concluímos que pela análise do quadro 12, em termos globais da amostra, os valores médios se encontram acima dos 15, com exceção da dimensão Estrutura Familiar (que inclui a abordagem a possíveis conflitos familiares, supervisão dos pais e qualidade de relacionamento).

**Quadro 12-** Valores médios e desvios padrão, dimensões DUSI-R (Total)

		US	PC	PM	CS	EF	DAC	RP
<b>Total</b>	M	16.34	29.73	25.60	28.15	13.48	23.81	34.46
	D P	18.716	14.254	14.892	17.828	15.491	14.703	17.191
	n	392	392	392	392	392	392	392

US- Uso de Substâncias; PC- Padrão de Comportamento; PM- Perturbação Mental; CS- Competências Sociais; EF- Estrutura Familiar; DAC- Desempenho Académico, RP- Relação com os Pares

Quando percecionamos a densidade absoluta este é o valor considerado de corte, a partir do qual as práticas são consideradas problemáticas. Assim os estudantes apresentam problemas nas restantes dimensões. No entanto, em nenhuma delas, a média é superior ao valor indicador de problemas graves.

(É importante destacar que para cada dimensão existe um ponto de corte diferente que indica, deste modo, a existência de um problema grave e respetivamente: para o consumo de substâncias é 53.33, para o padrão de comportamento é 60, para a perturbação mental é 60,00 para as competências sociais é 57.14, para a estrutura familiar é 71.43, para o desempenho académico é 60. 0, e para a relação com pares é 50.00)

Os valores encontrados no presente estudo são semelhantes aos encontrados por Rodrigues (2013), encontrando o referido autor, para a dimensão Consumo de Substâncias uma Densidade Absoluta de (16.93), para a área do Padrão Comportamento (29.05), para a de Perturbação Mental (22.21) sendo esta última ligeiramente inferior à do presente estudo que encontrou (25.6). Na dimensão Competências Sociais o valor encontrado pelo autor foi de (25.81) e na presente investigação o valor foi de (28.15). Na dimensão Estrutura Familiar (13.49), tal como na presente investigação (13.48). O

autor validou na dimensão do Desempenho Académico (19.83) e na relação com os pares (35.65) enquanto no presente trabalho se encontrou (23.81) e (34.46) respetivamente.

Nesta investigação, também os valores médios se encontram acima dos 15, com exceção da dimensão Estrutura Familiar, constatando que similarmente e com agrado em nenhuma das dimensões em estudo, a média é superior ao valor indicador de problemas graves.

Valores algo díspares encontramos no estudo de Florêncio et al., (2019) onde a dimensão Estrutura familiar atinge uma densidade absoluta mais elevada (20.61). Apresentando para a dimensão Padrão de Comportamento, que investiga o isolamento social e distúrbios de comportamento, o valor de (31.85) enquanto o valor no presente estudo encontrado se situa para a referida dimensão em (29.73). Além de que face à dimensão Desempenho académico a densidade absoluta neste trabalho se encontra em (23.81) e para os autores mencionados o valor encontrado foi de (24.20).

Na presente investigação, além de calcular os valores de densidade absoluta, estratificou-se a amostra pelos três níveis de intensidade aplicáveis a cada uma das dimensões do DUSI-R (normal; problemático; e, grave) e dessa análise resumimos no quadro seguinte as que apresentam um índice de intensidade normal.

**Quadro 13-** Distribuição dos Níveis de Intensidade das dimensões Uso de Substâncias e Estrutura Familiar da DUSI-R

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nível Uso de Substâncias</b>	Normal	253	64.5%
	Problemático	121	30.9%
	Grave	18	4.6%
<b>Nível Estrutura Familiar</b>	Normal	284	72.4%
	Problemático	108	27.6%
	Grave	0	0.0%

Assim, como se pode observar no quadro 13, extraiu-se que nas dimensões uso de substâncias e estrutura familiar, existe uma maioria de respondentes com um nível de intensidade considerado normal 64.5% e 72.4% respetivamente. Para as restantes

dimensões do DUSI-R, a maioria dos respondentes apresenta níveis de intensidade problemáticos, contudo com índices muito residuais para o nível de intensidade grave.

Embora não existam estudos que permitam uma comparação linear dos valores encontrados a literatura científica corrobora com os resultados encontrados por nós, que apesar de não serem os desejados, se apresentam satisfatórios no global, e se encontram justificados se considerarmos a gigantesca complexidade da problemática associada ao consumo de substâncias e à dinâmica de vida exigente do estudante universitário.

Pois alguns autores apontam que por regra, esta etapa da vida é caracterizada como uma fase intermédia, uma fase de mudança, de passagem, de choque ou crise, de sucessão de estádios, de status, apresentando uma variabilidade de atitudes e comportamentos que poderão fragilizar a vida, colocando-a em risco (Brito, Gordia & Quadros, 2016; Certo, 2016; Galvao et al., 2016; Mullins et al., 2016)

À chegada ao ensino superior o jovem estudante é exposto a múltiplos estímulos ou reptos de integração vivenciando múltiplas alterações, como seja a necessidade de estabelecimento de novas relações interpessoais, conciliar motivações e interesses pessoais com novos contextos de vida, a necessidade de se envolver na dinâmica social, intelectual e académica e a necessidade de ter êxito académico, tendo em conta um ajuste às expectativas criadas em torno da entrada no ensino superior (Costa, 2009; Fonseca et al., 2019; Mendes & Lopes, 2014; Mullins et al., 2016; Ramos & Carvalho, 2008; Tietzen, 2010)

Assim, a entrada na universidade, ainda que possibilite a vivência de sentimentos positivos e a conquista de uma meta programada, pode tornar-se por vezes num período crítico, de maior vulnerabilidade para o início e a manutenção do uso de álcool e outras drogas, pois o ambiente universitário facilita o acesso dos jovens às substâncias psicoativas (Fonseca et al., 2019; Lomba, 2012).

Os estudantes universitários poderão ser assim considerados um grupo vulnerável no que toca ao consumo das substâncias psicoativas e a comportamentos de risco. Pois se por um lado, disfrutam da liberdade passageira entre a vivência familiar e a vida laboral adulta (Grácio, 2009; Monteiro, Tavares & Pereira, 2009), por outro lado, entram num ambiente novo e desconhecido, voltado para atividades como as festas académicas, que contam com a presença de substâncias psicoativas, podendo alguns



estudantes fazer até o uso experimental ou abusivo na busca de satisfação que essas substâncias podem proporcionar e onde a maioria dos seus pares já pertencem a uma idade adulta, tida como legítima socialmente para o consumo de substâncias psicoativas (Calado et al., 2020; Carapinha et al., 2020; Fonseca et al., 2020; Oliveira, Carlotto & Dias, 2014; Pillon, 2004; Wagner & Andrade, 2008).

Estudos mostram que os jovens que iniciam a vida universitária têm aumentado muito o consumo de várias substâncias, principalmente do álcool, o que tem se agravado como problema de saúde pública, devido ao risco para morbidade, mortalidade e incapacidade (Mendonça et al., 2020; SICAD, 2020; WHO, 2015g).

O uso de substâncias encontra-se associado a: problemas escolares (faltas excessivas às aulas, reprovações, dificuldades na aprendizagem); sociais (prática de atividades anti sociais, relacionamento com outros consumidores); determinadas características da personalidade (agressividade, impulsividade, intolerância à frustração, desinibição); desordem psiquiátrica; e problemas familiares (conflitos familiares) (Malbergier, Cardoso & Amaral, 2012).

Da presente investigação, de entre as dimensões estudadas através do questionário DUSI R, destacamos a **Dimensão Estrutura Familiar**, dimensão que se traduziu como aquela onde as práticas dos nossos inquiridos se destacaram como mais positivas, para comparação com a evidência científica.

No que se reporta à análise dos itens da dimensão Estrutura Familiar, constatou-se que de modo geral as famílias dos jovens envolvidos no nosso estudo apresentam uma boa estrutura, pois uma expressiva maioria dos inquiridos respondeu negativamente às questões colocadas. Questões essas que inquirindo as práticas e hábitos pretendiam validar o relacionamento do jovem com a família e perceber problemas nesse âmbito (Essas questões abordavam a avaliação do relacionamento com os pais, atenção, suporte, monitoramento e uso de álcool e outras drogas por membros da família).

O contexto familiar há muito tempo que é enfoque quando o assunto se trata do uso de drogas pelos jovens, visto que a família é tanto fator de proteção quanto fator

desencadeante do consumo. No nosso estudo consideramos assim um fator de proteção, pelos valores favoráveis com que se destaca, o mesmo nos sugerem vários autores.

Entende-se que a família é o principal grupo social na formação do indivíduo, tendo como um dos papéis fundamentais o atendimento às necessidades biológica, psicológica, social e cultural de cada um de seus componentes (Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005). A família educa e transmite valores. É fundamental para o completo desenvolvimento da criança e do jovem sentir-se parte de uma família, em que a proteção familiar, além de resguardar e preservar a vida e saúde de seus membros, possibilita também orientação e acompanhamento. A forma de relacionamento que se estabelece desde a mais tenra idade é a que irá prevalecer no futuro (DGS, 2019a; Elsen, 2002; Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005). De acordo com Giglioti & Guimarães (2007), a família é regida por regras que determinam o seu funcionamento e que dão o “ritmo” do relacionamento de seus membros, além de que o comportamento de qualquer membro da família afeta e é afetado por todos os outros.

Os jovens que têm maior apoio e suporte, e que se sentem compreendidos pela família apresentam menor padrão do consumo de drogas. Ainda, o afeto e o interesse mostrados pelos pais, o tempo que passam com seus filhos e a firmeza de medidas disciplinares mantêm a relação com a abstenção do uso de drogas, assim de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020) tem menor risco de uso de drogas o indivíduo pertencente a uma família bem integrada, nela mesma e na sociedade, e que conte com fatores protetores como estar bem informado, ter qualidade de vida, ter difícil acesso às drogas e conviver num contexto harmonioso.

Contrariamente o ambiente familiar pode apresentar vários elementos considerados desfavoráveis que atuem como elemento facilitador ao uso de drogas: falta de suporte parental, viver apenas com um dos pais, cultura familiar do uso de álcool e de outras drogas, conflitos familiares, violência doméstica, e desinformação e desconhecimento familiar sobre o uso de drogas (Dall’Agnol & Fassa, 2011; Garcia, 2018; Kendler, Schmitt & Aggen, 2008; Sanchez, Oliveira & Nappo, 2005; Soller, 2010) Também uma confusa e desordenada dinâmica das relações familiares onde comumente não existem definições específicas de papéis, fronteiras, regras, hierarquias, conflitos não resolvidos e dificuldades na comunicação entre os membros da família,

falta de suporte e acompanhamento familiar (Azevedo & Silva, 2013; Catanzaro & Laurent, 2004), exercem grande influência no início e na manutenção do consumo de substâncias (Catanzaro & Laurent, 2004)

Malbergier, Cardoso & Amaral (2012) utilizando o DUSI R numa investigação onde os objetivos foram (avaliar a associação entre variáveis da dimensão estrutura familiar e o consumo de álcool, e drogas ilícitas, avaliar a possível associação de diferentes padrões de consumo de drogas com diferentes níveis de problemas familiares, detetaram face à média do número de problemas familiares relatados pelos jovens pertencentes às diferentes categorias de consumo que os que usaram álcool e drogas ilícitas relataram ter mais problemas familiares do que aqueles que não usaram nenhuma substância, além de uma alta frequência de problemas familiares em estudantes que usaram alguma substância. (Para os mesmos autores, este fato é indicador que as estratégias de prevenção devem conter intervenções nos jovens e nos familiares.)

No que respeita à situação de residência, os consumos parecem superiores entre os universitários que tiveram que se mudar da sua habitual residência – onde residiam com os pais (Almeida, 2014).

Zeferino et al., (2015) num estudo cuja amostra total era composta de 250 estudantes de uma universidade e onde 45.2% morava com a família, extraiu-se que no que diz respeito às características das relações familiares, se teve a impressão inicial de que as relações familiares em termos gerais eram boas, porém, ao fazer-se a reversão de controle das questões positivas e negativas no conjunto de resposta, verificou-se que as relações familiares da amostra, apresentaram uma leve tendência a serem boas. No entanto, os autores concluíram que as relações familiares foram fatores socioculturais que permaneceram neutros na amostra estudantil e com isso não exerceram moderação significativa no consumo de drogas, apesar de outros estudos terem encontrado significância.

Se uma família que se caracteriza por ser acolhedora, com limites bem definidos, comunicação adequada, promotora de afeto se apresenta como fator de proteção ao uso de drogas; ao contrário, uma família com distanciamento afetivo com dificuldade na

comunicação e fronteiras pouco definidas pode favorecer tanto o uso de substâncias como a permanência ativa da dependência (Garcia, 2018; Paz & Colossi, 2013).

Garcia (2018), como resultado encontrado da sua investigação menciona que após o problema detetado, a melhor maneira que as famílias encontraram de ajudar face aos seus familiares dependentes foi aceitar o problema de saúde associado ao consumo, dar amor, carinho, apoio e manter uma comunicação e diálogo abertos. sendo fundamental ter uma visão de que a dependência indica uma dinâmica familiar disfuncional, pois assim amplia-se a compreensão do dependente dentro de um sistema familiar.

Relativamente à **Consistência interna das várias dimensões em estudo** calcularam-se os alfas de Cronbach, cujos resultados, para as três dimensões da EADS-21, e após comparação com os alfas de Cronbach obtidos no estudo de Ribeiro et al. (2004), apresentado como Estudo 1 e os alfas de Cronbach obtidos no estudo de Galvão et al., (2017) apresentado como Estudo 2. Os alfas de Cronbach encontrados no presente estudo foram consistentes com os encontrados nos dois estudos de comparação, demonstrando uma boa consistência interna das três dimensões. Procedeu-se à mesma metodologia para as sete dimensões do DUSI-R em estudo, comparando os com os estudos de Mutiso et al., (2019), apresentado como Estudo 1, e o de Rodrigues (2013), apresentado como Estudo 2. Pode-se concluir, que a consistência interna do presente estudo, apresenta resultados ligeiramente inferiores, na maioria das dimensões, quando comparado com o Estudo 1 e em linha com os do Estudo 2.

No que concerne à validação da ***HI 1- Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com o sexo***

Na nossa investigação e como se pode constatar pelo quadro 14, podemos também observar que as estudantes do sexo feminino apresentam valores superiores, embora mesmo neste caso relativamente baixos, em todas as dimensões: ansiedade, depressão, e stress, quando comparado com os estudantes do género masculino.

**Quadro 14-** Saúde mental dos estudantes do IPB de acordo com o sexo

	Sexo	Ansiedade	Depressão	Stress
<b>Masculino</b>	M	2.95	3.18	4.34
	DP	3.670	4.059	3.987
	n	154	154	154
<b>Feminino</b>	M	3.38	3.33	5.81
	DP	3.880	3.768	4.440
	n	238	238	238

(Contudo, não obstante, existir uma diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de acordo com o sexo, o tamanho de efeito é pequeno, porém não invalidando, que a Hipótese de Investigação 1 se verifica para a dimensão stress, tal como se poderá observar na exposição de resultados na Tabela 32- Resultados dos testes de Mann-Whitney por sexo - EADS-21.)

Neste sentido e corroborando com o nosso estudo, várias investigações têm apontado para índices mais elevados de sintomatologia psicopatológica, ou seja, menor saúde mental, em jovens universitários do género feminino comparativamente ao género masculino (Bayram & Bilgel, 2008; Eisenberg & Hefner, 2007; Fisher & Hood, 1988; Nogueira, 2017; Quintero & Ortiz, 2004; Santos, 2011; Sokratous & Karanikola, 2014; Wong & Tang, 2006). Neste âmbito, vários estudos epidemiológicos têm evidenciado que os jovens adultos (18-24 anos) estão particularmente em risco de desenvolver quadros psicopatológicos, sobretudo a população dos estudantes universitários, que durante o período de transição para o ensino superior são confrontados por um conjunto de vulnerabilidades que importa salientar (Bouteyre, Maurel & Bernaud, 2007; Ferreira, 2008; Mowbray et al., 2006; Mullins et al., 2016; Neves, & Dalgarrondo, 2007; Ramos & Carvalho, 2008; Tietzen, 2010). No entanto, a doença mental é um estado clinicamente diagnosticável que interfere significativamente com o normal funcionamento cognitivo, emocional e social do indivíduo, afetando homens, mulheres, crianças, diferentes nacionalidades e estratos socioeconómicos, assim como os familiares e amigos dos seus portadores (Proctor et al., 2014).

O resultado encontrado no nosso estudo corrobora também com a investigação de Veríssimo et al., (2011), onde verificaram que as estudantes do sexo feminino parecem ser mais vulneráveis às manifestações de stress do que os homens, bem como que as mulheres evidenciam mais manifestações cognitivo-emocionais, enquanto os homens evidenciam um maior predomínio de manifestações comportamentais (Galvão et al., 2017; Veríssimo et al., 2011)

Alterações que exijam adaptação ou respostas, mentais ou emocionais podem dar origem a uma situação de stress. Dependendo dos contextos os conceitos de stress podem variar entre o stress como resposta biológica, o stress como um evento ambiental e o stress como uma transição entre o indivíduo e o ambiente (Galvão et al., 2017).

De acordo com o estudo de Calais Andrade & Lipp (2003), estas diferenças entre sexo podem resultar do facto de os estudantes do sexo feminino terem mais situações de stress que os do sexo masculino, uma vez que é frequente as mulheres além do estudo, terem também de gerir o trabalho, os filhos, a casa, entre outros.

De acordo com Luz et al., (2009) fruto de uma investigação levada a cabo pelos autores, os estudantes do 1º ano apresentam níveis mais elevados de stress quando comparados com alunos dos anos mais avançados, sendo esta situação justificada pelas mudanças inerentes ao início do período universitário e à sua adaptação. Os mesmos autores constataram que o stress varia em termos de género, verificando-se que as raparigas quando comparadas com os rapazes apresentavam níveis mais elevados de stress.

Ávila-Toscano et al., (2015), para os resultados obtidos no índice de saúde mental comparando os géneros, obteve diferenças estatisticamente significativas, nos itens ansiedade, depressão, perda de controlo emocional e comportamental o que correspondem à dimensão Distress psicológico, apontando para que sejam as mulheres quem apresentam mais essas características. Na dimensão da escala total, também se verificam diferenças estatisticamente significativas, o que aponta para uma maior saúde mental nos homens.

Poeta (2018) também concluiu que os estudantes universitários do género feminino apresentam, como expectável, a nível global maiores níveis de stress,

ansiedade e depressão. Também Nogueira (2017), concluiu que o género masculino é preditor de bem-estar psicológico em estudantes do ensino superior.

Face à **HI2: *Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com o sexo***

Tal como se pode observar no quadro 15, não obstante, existir uma diferença significativa entre os respondentes de acordo com o sexo, o tamanho de efeito nesses casos é pequeno, porém não invalidando, que a Hipótese de Investigação 2 se verifica para as dimensões: uso de substâncias; padrão de comportamento; estrutura familiar; desempenho académico; e, relação com os pares.

**Quadro 15** - Resultados dos testes de Mann-Whitney por sexo - DUSI-R, para validação da HI2

Dimensão	Sexo	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Uso de Substâncias	Masculino	217.80	.002	.324	pequeno
	Feminino	182.72			
Padrão de Comportamento	Masculino	172.91	.001	.282	pequeno
	Feminino	211.77			
Estrutura Familiar	Masculino	218.73	.001	.306	pequeno
	Feminino	182.11			
Desempenho Académico	Masculino	222.84	.000	.390	pequeno
	Feminino	179.45			
Relação com Pares	Masculino	211.85	.030	.229	pequeno
	Feminino	186,57			

PM- Ponto Médio

Não há na literatura estudos que possibilitem uma comparação literal dos resultados por nós obtidos. No entanto, podemos produzir confrontação tendo em conta a evidência disponível.

Relativamente à Dimensão Padrão de Comportamento, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de acordo com o sexo, sendo as mulheres maioritariamente a revelarem atitudes menos favoráveis nessa área, no

entanto, nas restantes dimensões onde se verifica significância é o sexo masculino quem se evidencia por comportamentos menos favoráveis.

As características individuais quanto à impulsividade em homens e mulheres podem ser consideradas influentes fatores para comportamentos de risco à saúde em indivíduos adultos jovens (Stoltenberg, Batien, & Birgenheir, 2008).

Acredita-se que as mulheres são vulneráveis nos aspetos comportamentais e cognitivos, além dos aspetos biológicos, em resposta aos consumos, mas apresentam menor predisposição ao uso. Os homens, por sua vez, parecem apresentar maiores comportamentos de risco, sendo mais vulneráveis à procura por droga, com menores estratégias neuro químicas compensatórias (Scheffer & de Almeida, 2010; Stoltenberg, Batien & Birgenheir, 2008).

Loureiro (2012), na sua investigação com 177 estudantes do ensino superior no sentido de verificar se existiam diferenças significativas no variável sexo, na autoperceção de consumos, permitiu observar que o sexo feminino tem uma classificação inferior do que respeita aos seus consumos em relação ao sexo masculino. No entanto, relativamente à manutenção de estilo de vida saudável encontrou 81.25% do sexo masculino, enquanto no sexo feminino o valor foi de 98.14%.

De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMDCDDA, 2019) foi elaborado o Relatório Europeu sobre Drogas-Tendências e Evoluções (RED, 2019). Assim, no contexto europeu, para todas as drogas, o consumo é normalmente mais elevado entre o sexo masculino. Estima-se que cerca de 96 milhões de adultos, ou seja, 29% da população da União Europeia com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, já tenham experimentado drogas ilícitas durante as suas vidas. A experiência de consumo de drogas verifica-se com mais frequência no sexo masculino (57.8 milhões) do que no feminino (38.3 milhões).

As substâncias psicoativas) modificam as funções sensoriais, o humor e o comportamento do indivíduo e o género masculino é um forte preditor de consumos (APA, 2014; Bulmer, 2015)

No estudo de Zão (2012), que preconizava a caracterização de comportamentos em universitários incluindo o consumo de substâncias, consistentemente com os resultados apresentados em outros estudos (Lomba & Apóstolo, 2009; Babor, 2009) os



estudantes do sexo masculino apresentaram frequências de consumo de substâncias lícitas e ilícitas superiores, sendo estas diferenças significativas, ou seja, possíveis de extrapolar para a sua população.

Também Johnson et al., (2015) e Miranda et al., (2015) apontam que o uso de drogas é mais frequente entre os homens. Em especial as tidas como mais potentes (Malta et al., 2014; Michael, Newcomb & Heather, 2014).

Em relação ao sexo, alguns estudos correlacionam essa variável com o consumo de substâncias psicoativas, mas apontando diferenças relativas no padrão de consumo (Benjamin, 1987; Bittencourt, França & Goldim, 2015; Lopes & Rezende, 2014; Silveira et al., 2014; Simões et al., 2014). Num estudo longitudinal com estudantes norte-americanos, observou-se que apesar dos jovens do género masculino, apresentarem uma maior prevalência as diferenças homem-mulher diminuíram ao longo do tempo (Johnson et al., 2015). A explicação proposta pelos autores é que os rapazes são mais propensos do que as meninas a ter uma oferta ou oportunidade de usar drogas, o que é um passo crítico na iniciação do uso de drogas.

Achámos, deste modo, também pertinente refletir nos valores encontrados no nosso estudo face aos resultados do cruzamento do consumo de álcool nos últimos 30 dias com a variável sexo e respetivo teste do qui-quadrado, tendo em conta que o álcool se destaca a nível das evidências científicas como a substância lícita mais consumida pelos jovens (Calado et al., 2020; Carapinha et al., 2020; EMDCDDA, 2019; SICAD, 2020)

O consumo de bebidas alcoólicas, para além de ser aceitável, é também tolerado e até promovido no meio académico sendo o seu consumo regular e intensivo. O consumo elevado de álcool é um fenómeno que assume bastante expressividade entre os estudantes universitários (Preto, 2002; Lopes et al., 2008; Martins, Coelho & Ferreira, 2010; Mendes & Lopes, 2014; Soares, Pereira & Canavarro, 2014; Zão, 2012) O consumo de álcool em jovens é cada vez mais frequente todos os dias, independentemente do sexo (Edelman, Cassell & Visser, 2017).

Assim, atendendo ao exposto no quadro 16, concluímos que o consumo de álcool nos últimos 30 dias não esteve significativamente associado ao sexo do estudante ( $\chi^2=2.525$ ;  $p=0.112$ ), ou seja, o consumo acontece identicamente entre homens e

mulheres do nosso estudo, poderá é a frequência e quantidade ser diferente, tal como referência nas investigações dos autores supracitados.

**Quadro 16** - Resultados do cruzamento do consumo de álcool nos últimos 30 dias com a variável sexo e teste do qui-quadrado.

Variáveis sociodemográfica	Respostas	Consumo de álcool nos últimos 30 dias			$\chi^2$ (p)
		Não n(%linha) %coluna	Sim n(%linha) %coluna	Total n(%linha) %coluna	
Sexo	Masculino	30 (19.5%) 32.3%	124 (80.0%) 41.2%	154 (100%) 39.3%	2.525 (0.112)
	Feminino	63 (26.5%) 67.7%	177 (73.8%) 58.8%	238 (100%) 60.7%	
	<b>Total</b>	93 (23.7%) 100%	299 (76.3%) 100%	392 (100%) 100%	

De acordo com Carapinha & Guerreiro (2019), relativamente ao Consumo de cannabis e o género, em Portugal, temos que na população jovem (15-24 anos) são mais os homens a consumir mais (17.5%) em comparação com as mulheres (8.7%). Para consumos recentes essa diferença tem vindo a diminuir. Segundo as investigadoras os homens iniciam mais cedo e consomem durante mais tempo. Tanto em 2012 como em 2016 há mais homens do que mulheres a consumir cannabis diariamente.

Atentando nos resultados encontrados no nosso estudo face ao cruzamento do consumo de canábis nos últimos 30 dias com a variável sexo e respetivo teste do qui-quadrado, tendo em conta que a canábis se destaca a nível das evidências científicas como a substância ilícita mais consumida pelos jovens (SICAD, 2020) temos no quadro 17, que se verificou que o consumo de canábis esteve significativamente associado ao sexo ( $\chi^2=13.600$ ;  $p<0.001$ ) dos jovens inquiridos tal como nos sugere a literatura (APA, 2014; Carapinha & Guerreiro, 2019; Johnson et al., 2015; Lomba & Apóstolo, 2009; Malta et al., 2014; Miranda et al., 2015; EMDCDDA, 2019; Rodrigues, 2013a; SICAD, 2020; Barbor, 2009; Zão, 2012).

**Quadro 17** - Resultados do cruzamento do consumo de cannabis nos últimos 30 dias com a variável sexo e teste do qui-quadrado.

Variáveis sociodemográficas	Respostas	Consumo de cannabis nos últimos 30 dias			$\chi^2$ ( <i>p</i> )
		Não n(%linha) %coluna	Sim n(%linha) %coluna	Total n(%linha) %coluna	
Sexo	Masculino	116 (75.8%) 35.5%	37 (24.2%) 60.7%	153 (100%) 39.4%	13.600 (0.000)
	Feminino	211 (89.8%) 64.5%	24 (10.2%) 39.3%	235 (100%) 60.6%	
	<b>Total</b>	327 (84.3%) 100%	61 (15.7%) 100%	388 (100%) 100%	

No que concerne à *HI3: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com a prática de exercício físico*, temos que não obstante, existir uma diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de acordo com o praticarem ou não exercício físico, o tamanho de efeito é pequeno, porém não invalidando, que a Hipótese de Investigação 3 se verifica para as três dimensões da EADS-21 (Stress  $p = 0.010$ ;  $d$  de Cohen = 0.280; Tamanho do efeito-pequeno; Ansiedade  $p = 0.006$ ;  $d$  de Cohen = 0.252; Tamanho do efeito-pequeno; Depressão  $p = 0.034$ ;  $d$  de Cohen = 0.204; Tamanho do efeito-pequeno).

Embora não de modo linear, os resultados encontrados na nossa investigação corroboram com os dados traduzidos pela vertente científica, no que concerne à influência sobre a saúde mental do exercício físico. Pois os estudantes que praticam atividade física apresentam melhores níveis de saúde mental. No geral, é até relativamente consensual o facto de a prática regular de uma atividade física vir associada a níveis satisfatórios de saúde e bem-estar, em qualquer idade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018), a nível global, na população adulta, com 18 ou mais anos cerca de 23% não eram suficientemente ativos em 2010 e com maior expressão no grupo feminino (27%) comparativamente ao grupo masculino (20%). De acordo com uma pesquisa sobre hábitos de atividade física em Espanha realizada por García-Ferrando & Llopis (2011), 43% da população espanhola praticava atividade física em 2010. Estes dados afastam a população espanhola da realidade que se vive noutros países europeus, como nos países nórdicos, onde a taxa de prática de atividade física excedia os 70%.

Atualmente, os benefícios para a saúde da prática de atividade física ou desportiva estão bem documentados (Alcântara da Silva et al., 2015; DGS, 2017, 2019a; Silva et al., 2016). Nas últimas décadas o estilo de vida ativo e o exercício físico têm sido consistentemente associados à saúde mental positiva e à ausência de estados adversos como a ansiedade, a depressão e a doença física (Dale, Brassington & King, 2014). A recomendação do exercício físico como estratégia de prevenção e promoção da saúde foi estabelecida no âmbito da saúde física e também da psicologia (Leiva et al, 2017).

Também, dos benefícios da atividade física regular para a saúde, de acordo com a Organização Mundial de saúde (WHO, 2015), se evidencia a melhoria da saúde mental do indivíduo, nomeadamente na depressão. Estes benefícios da atividade física são conferidos à libertação de hormonas, endorfinas, que produzem resultados protetores do sistema imunitário, previnem os efeitos negativos do stress e, os desequilíbrios físicos e mentais, melhorando a autoestima, a condição física e o funcionamento global (McGovern, 2005; WHO, 2015).

Apesar de estes e outros benefícios da atividade física para a saúde já estarem bem descritos, muitos jovens não têm e/ou não mantêm suficientemente estas práticas para deles usufruírem (Costa et al.,2017). O sedentarismo não beneficia a saúde em geral, nem a saúde mental (Cooney et al., 2013; Kenari, 2014).

Assim, ainda que amplamente partilhada, esta ética não se traduziu numa prática efetiva de exercício físico quotidiano por parte dos estudantes da universidade de Lisboa em 2012, na investigação apresentada por Alcântara et al., (2015). Quando se observaram os níveis de atividade física praticada entre estes alunos do ensino superior, verificou-se um nível de sedentarismo elevado, sendo a prevalência de estudantes inativos muito alta, onde praticamente dois terços (60%) dos estudantes afirmaram não praticar qualquer atividade física, desportiva ou radical.

Zão (2012), no estudo em universitários, encontrou que em relação ao exercício físico, apenas 20.4% assumiam praticar com frequência uma atividade física. Também Reis et al. (2017), na sua investigação encontrou que em cerca de metade da amostra

(54.8%) não praticavam desporto. Bento et al., (2021), após indagar quanto à prática de atividade física encontrou que a maioria dos estudantes inquiridos não pratica atividade física ou desportiva regular (67.5%) e 32.5% dizem fazê-lo, sendo que a regularidade com que os estudantes praticam a atividade física que realizam é muito variável.

Contrariamente à evidência supracitada, face à Prática do exercício físico, no nosso estudo, cerca de dois terços dos jovens inquiridos dizem-se praticantes (n= 261; %=66.6).

É reconhecida a existência de evidência da associação positiva entre o nível de atividade física e a saúde mental nos estudantes do ensino superior (Demers, 2013), além das diferenças significativas entre estudantes mais regularmente ativos e os inativos (Silva & Neto, 2014b).

Num estudo exploratório do bem-estar psicológico em estudantes do ensino superior do distrito de Lisboa identificou-se que entre os principais fatores de proteção para a saúde mental dos jovens estudantes, a prática de exercício físico (Nogueira, M., & Sequeira, 2017).

Ciente da pertinência relevante desta área de saúde pública (Silva et al., 2016), a OMS recomenda a adoção de instrumentos estratégicos nesta área que facilitem a organização dos serviços, a formação de profissionais e a distribuição de recursos para a promoção da atividade física (WHO 2018; WHO, 2015). O cenário onde o sedentarismo predomina exige uma abordagem integrada com vista a otimizar resultados em saúde mental. Propõe-se reduzir a inatividade física em 10.0% até 2025 e 15.0% até 2030, através da criação de sociedades ativas, bem como criar ambientes ativos (lugares e espaços como por exemplo as instituições de ensino superior), pessoas ativas (como os jovens, estudantes do ensino superior com oportunidades de acesso a programas e contextos promotores de atividade física regular); e sistemas ativos (através de políticas de liderança, capacitação dos profissionais, mobilização de recursos e ações coordenadas locais, nacionais e internacionais para aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário) (WHO, 2018).

Atentando na validação da hipótese *HI4: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com a prática de exercício físico*

No nosso estudo, não se verificam diferenças significativas entre os respondentes que praticam ou não exercício físico, para as sete dimensões do DUSI-R, não sendo, assim, validada a HI4.

Não há na literatura científica estudos que possibilitem uma comparação linear dos resultados por nós obtidos. No entanto, podemos produzir confrontação tendo em conta a evidência disponível, percebendo-se que a literatura apresenta convergências e divergências no que ao assunto diz respeito.

O exercício físico é um aliado importante no tratamento de várias patologias e suas comorbidades, por efeitos diretos, como a redução da gordura corporal e dos níveis de colesterol e a melhoria cardiorrespiratória, ou indiretos, como a melhoria na autoestima e na sensação de bem-estar, com redução de sintomas depressivos. Há consciência inegável na comunidade científica de que além de tratar problemas de saúde, o exercício físico previne problemas e reduz o agravamento de inúmeras patologias (Alcântara da Silva et al., 2015; DGS, 2019a; Ferreira, Silva & Ferreira, 2017; Silva et al., 2016).

As substâncias psicoativas ou psicotrópicas modificam as funções sensoriais, o humor e o comportamento do indivíduo, dado que atuam a nível do sistema nervoso central como depressores, estimulantes ou perturbadoras (APA, 2014b).

No que concerne mais especificamente às problemáticas de saúde relacionada ao uso de substâncias psicoativas, o exercício físico estimula a libertação de substâncias neurotróficas, propiciando a melhoria funcional considerável do sistema nervoso e até mesmo sensações de prazer e relaxamento, interfere de maneira positiva na prevenção e no tratamento da dependência (Ferreira, 2012).

Além de que, prática de atividade física é considerada como um elemento determinante major dos estilos de vida saudáveis (Camões, 2010; Silva et al., 2019). O

exercício físico tem sido proposto como adjuvante no tratamento da dependência de substâncias lícitas e ilícitas, complementando abordagens psicoterapêuticas e farmacológicas tradicionais (Zschucke, Heinz & Ströhle, 2012).

Greguol & Serassuelo (2018) enfatizam a importância do exercício físico para ter um estilo de vida mais saudável e o quanto é essencial os indivíduos dependentes não ter uma rotina sedentária, para que não fiquem vulneráveis a essas substâncias. Em contrapartida, só o exercício físico não é suficiente para ajudar o dependente químico, porém pode proporcionar mudanças significativas que fazem com que o indivíduo aceite como auxílio para encarar o tratamento da abstinência (Greguol & Serassuelo, 2018).

Pinheiro Andrade & Micheli (2016). tendo por objetivo avaliar a real contribuição das atividades físicas como método de prevenção ao uso de substâncias psicoativas, realizaram um estudo com 754 jovens em idade pré-universitária. Para avaliação do uso de substâncias utilizou-se o *Drug Use Screening Inventory* (DUSI), empregando apenas a tabela de frequência de uso de substâncias no último mês e a dimensão do inventário relativa a questões que abordam problemas associados ao uso de substâncias. Neste estudo, observou-se que, inversamente ao senso comum, os jovens do grupo com alto nível de atividade física apresentaram elevado consumo de várias substâncias como álcool e canábis. Os resultados encontrados propõem associação entre o nível de intensidade da atividade física e uso de drogas, e em hipótese alguma estabelece causalidade entre os fatos.

Fernandes (2009) no seu estudo monográfico pretendeu perceber, se a atividade física prevenia ou tratava a toxicodependência. As suas conclusões foram que no consumo Cannabis não existem evidências que a atividade física previna o consumo ou provoque a abstinência deste consumo. No consumo de álcool parece que a atividade física protege o abuso de bebidas alcoólicas. No consumo de outras drogas parece que a atividade previne e ajuda a tratar o abuso destas substâncias.

Outros estudos, com resultados semelhantes, também mostraram que a prática de atividades físicas e desportivas não atua necessariamente como um fator protetor para o uso de substâncias (Bedendo & Noto, 2015).

Para a hipótese, ***H15: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se já iniciou ou não a atividade sexual***

Não obstante existir uma diferença estatisticamente significativa entre os respondentes de acordo com o já terem ou não iniciado a atividade sexual, para a dimensão depressão, o tamanho de efeito é pequeno, porém não invalidando, que a H15 se verifica para a dimensão em causa.

Os resultados do presente estudo, embora não de forma linear, quando comparados enquadram-se na evidência científica, pois a sexualidade e a afetividade são componentes essenciais da intimidade humana e das relações interpessoais. São parte integrante da vida de cada indivíduo e contribuem para a sua identidade ao longo de toda a vida e para o seu completo equilíbrio físico e psicológico.

A sexualidade, de acordo com a Organização Mundial de saúde, é "uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental" (WHO, 1998). A sociedade em que vivemos é uma sociedade plural em que coexistem, sobre esta matéria, valores muito diversos. Qualquer intervenção ou abordagem nesta dimensão deverá ter por base uma referência ética simultaneamente clara, abrangente do pluralismo moral e promotora do debate de ideias e valores (APF, 2019).

Para a maioria dos universitários o ingresso na universidade constitui um momento importante nas suas vidas, posto que iniciam sua experiência no mundo do trabalho e processam sua identidade profissional, a qual está acoplada ao processo de identidade adulta. Muitas vezes nesse período iniciam-se comportamentos sexuais de risco, como a negligência e uso inconsistente de métodos contraceptivos e preservativos,



a negligência à prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis, o número de parceiros, a existência de parceiros ocasionais, a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual (Papalia, Olds & Feldman, 2006; Sant'Anna et al., 2008; SNS, 2019; UNAIDS, 2016).

De acordo com o HBSC/JunP (Health Behaviour in School-aged Children (WHO, 2020) de 2017, que pretendeu estudar os comportamentos de saúde junto dos alunos do ensino superior português, um quarto dos jovens universitários referiu que de momento não tinha nenhum relacionamento amoroso (24.9%) e cerca de um terço mencionou que nunca teve relações sexuais (32.3%). No nosso estudo, 80.4% dos jovens inquiridos referiu já ter iniciado atividade sexual, valores próximos de Pacheco (2012), que na sua investigação cujo objetivo foi caracterizar a sexualidade dos jovens estudantes portugueses, descrevendo os comportamentos, atitudes e crenças destes, apresentou uma amostra de 526 universitários onde 86.9% dos jovens já tinham iniciado a sua vida sexual.

Oswalt, Cameron & Koob (2005) nos EUA, junto de 348 estudantes universitários, verificaram que 77.6% alunos tinham uma vida sexual ativa.

Os jovens iniciam a sua vida sexual cada vez mais cedo o que leva a que os estudos na área dos comportamentos sexuais tenham sido considerados prioritários (Matos, et al., 2010).

Fulton et al. (2010) procuraram avaliar a correlação entre os traços de personalidade psicopática e os comportamentos sexuais de risco em estudantes. Os resultados demonstraram que o risco no comportamento sexual está associado a uma saúde negativa e consequências sociais incluindo as doenças sexualmente transmissíveis e as gravidezes não desejadas.

No estudo de Pacheco (2012) o aspeto da saúde mental total é apresentado como bom nos jovens inquiridos. Atentando na nossa investigação, em relação à saúde mental mostrada pelos inquiridos, comparando os que tinham iniciado a sua vida sexual com os que ainda não tinham iniciado, verificam-se diferenças estatisticamente significativas. Embora para Pacheco (2012), no que respeita a todas as dimensões, assim como na

escala total, os inquiridos que já iniciaram a sua vida sexual apresentam maiores níveis de saúde mental na globalidade das dimensões e também maior saúde mental na escala total.

No que diz respeito à validação da hipótese **HI6: *Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se já iniciou ou não a atividade sexual***, o tamanho de efeito nesses casos é pequeno, porém não invalidando, que a Hipótese de Investigação 6 se verifica para as dimensões: uso de substâncias e, competências sociais.

Atentando nas inúmeras competências que se poderão encontrar fragilizadas no estudante universitário, o que vai de encontro a Fonseca (2005), as limitações físicas ou crónicas, a baixa autoestima, os temores e as dificuldades para estabelecer relações interpessoais, a falta de capacidade para resolver problemas, a baixa tolerância à frustração, ao fracasso e à dor, a insegurança, a timidez e a instabilidade emocional são fatores que aliciam o jovem ao consumo de substâncias psicoativas.

Concomitantemente, também existe a busca por sensações novas, desejo de independência, crise do desenvolvimento e crescimento, imitação de pessoas famosas, pressão do grupo de amigos, confusão de valores, carência de alternativas de lazer, procura de um estado high, efeitos de prazer imediato (Balsa, Vital & Urbano, 2014; Fonseca, 2005; Lomba & Apóstolo, 2009). De acordo com Santos (1999), a maior probabilidade de os jovens consumirem drogas ilícitas e/ou lícitas acontece na transição para a vida adulta. O início do uso de drogas, lícitas ou ilícitas, ocorre quase sempre por interferência do grupo de pares que é para o jovem um grande ponto de referência, um espaço de aprendizagem e a busca de identidade (Lomba, Mendes & Relvas, 2006).

Assim, as drogas surgem como um recurso de socialização, facilitando a entrada no grupo e a integração com os pares estando também diretamente relacionadas com a diversão, ligadas à procura de emoções fortes e prazer (Calafat et al., 2004; Lobo, 2008; Lomba, Mendes & Relvas, 2006; Lomba & Apóstolo, 2009). De acordo com Calado & Lavado (2018), na sua investigação para avaliar as representações sociais, as perceções

e as atitudes em relação aos comportamentos aditivos em geral, verificou ao longo do tempo uma menor associação simbólica entre substâncias psicoativas e a diversão, a sociabilidade e o contexto recreativo.

Além de que, para a maioria dos universitários o ingresso na universidade constitui um momento importante nas suas vidas, posto que iniciam sua experiência no mundo do trabalho e processam sua identidade profissional, a qual está acoplada ao processo de identidade adulta (Lomba, Mendes & Relvas, 2006; Semple & Smyth, 2013). A multiplicidade de ofertas de experiências novas pode ser encarada de forma tentadora e aliciante, sendo considerados os primeiros anos de ensino superior como o período em que ocorrem as primeiras relações sexuais (Cooper, 2002; Pacheco, 2012; Patrick & Maggs, 2009; Patrick, Maggs & Abar, 2007). Muitas vezes nesse período iniciam-se comportamentos sexuais de risco, como a negligência ao uso de métodos contraceptivos e à prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis (Quinta Gomes, & Nobre, 2014; Sant'Anna et al., 2008; Zeferino & Fermo, 2012).

Como problemas que constituem atualmente o padrão comportamental de risco característico dos jovens adultos e que colocam em causa a saúde destes, temos nomeadamente o uso inconsistente de métodos contraceptivos e de preservativos, o número de parceiros, a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual (Matos et al., 2010; UNAIDS, 2016).

Pacheco (2012) na sua investigação, relativamente à de os jovens já terem tido relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas, 33.3% responderam afirmativamente. Cerca de 29.8% dos jovens já tiveram relações sexuais sob o efeito questão de álcool, havendo diferenças estatisticamente significativas entre géneros, tendo sido os homens que responderam em maior percentagem afirmativamente. Cerca de 15% dos jovens já tinham tido relações sexuais sob o efeito de cannabis, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre géneros, embora os homens respondessem afirmativamente em maior percentagem.

Adicionalmente, ouvir de colegas que usam substâncias psicoativas que essas substâncias aumentam o prazer sexual pode ser um fator importante para conciliar drogas e sexo (Calafat et al., 2004).

Edelman et al., 2017) salientam-nos que o consumo de álcool em jovens é cada vez mais frequente todos os dias, independentemente do género. Como mulheres e homens usam álcool por diversão é, por isso, muito comum que ambos os grupos façam sexo sob efeito de álcool.

Também os hábitos de consumo têm vindo a iniciar-se cada vez mais cedo, sendo que no nosso país é por volta dos doze anos de idade que se dá a iniciação do consumo de álcool, sendo que este fenómeno é acompanhado de outros comportamentos de risco dos quais se destacam os comportamentos sexuais de risco (DGS, 2019a; Evangelista et al., 2018; Galvao et al., 2016; Silva et al., 2016).

Atentando nos resultados dos itens que caracterizam a dimensão Competências Sociais no inventário DUSI R que tenta perceber as habilidades e interações sociais do jovem.

Verifica-se que 80.4% (n=315) manifestaram “Preocupa-se na forma como as suas ações vão afetar os outros”, mas 48.2% (n=189) referiram que “Tem dificuldade em dizer “não” às pessoas”; 38. 130) manifestaram que preferia atividades com pessoas com bastante mais idade que eles, o que poderá ser revelador de alguma imaturidade no nível de desenvolvimento, que favorece a tendência para o uso de substâncias.

No que concerne à validação da *HI7: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se vive ou não em locais movimentados*, não se verificam diferenças significativas entre os respondentes que residem ou não em locais movimentados, para as três dimensões da EADS-21, não sendo, assim, validada a HI7.

Apesar da não validação da hipótese supracitada, tendo em conta os dados encontrados na presente investigação, a literatura científica suporta fortemente perspectivas contrárias.

A literatura científica aponta múltiplos determinantes da saúde mental cuja origem está associada às várias dimensões da pessoa: biológicas, psicológicas,

socioeconómicas, ambientais e culturais. Segundo alguns autores, há fatores como o local de residência, o meio ambiente envolvente, o estilo de vida, a genética, a educação, o nível socioeconómico ou a rede social de apoio, que inclui uma panóplia de relações de reciprocidade que influenciam o quotidiano dos estudantes do Ensino Superior, determinando a sua satisfação e bem-estar e que são cruciais para ser considerados como determinantes a valorizar na saúde global do indivíduo. Por oposição a ausência de uma rede de suporte social é preditor de depressão em mulheres universitárias (Bardagi & Hutz, 2012; DGS, 2017).

Os dados relativos à ligação estabelecida entre a situação de residência e a saúde mental dos estudantes do ensino superior são pouco esclarecedores. Múltiplas razões causam estados negativos ou de sofrimento psicológico que impelem o estudante do ensino superior a consumir substâncias psicoativas (Burris et al., 2009).

Seco et al., (2005) verificaram uma associação positiva entre permanecer na residência familiar e o bem-estar físico e psicológico, maior estabilidade emocional e afetiva, mais otimismo, mais confiança, melhores hábitos de estudo e de gestão do tempo. Estar distante de casa parece ser circunstância de maior vulnerabilidade para a depressão em jovens universitários, como preditor de depressão (Thurber & Walton, 2012) ou, mesmo como depressão reativa à saída de casa e afastamento das suas redes de suporte social e familiar Souza et al., (2012) também relatam que os alunos deslocados têm níveis de adaptação mais baixos relativamente aos não deslocados.

Para conhecer quais as atividades de lazer que favorecessem o bem estar do jovem universitário e praticadas pelos estudantes, Bento et al., (2021) encontrou que quanto à participação em atividades associativas, apenas 18.3% dos estudantes afirmaram nunca participar em atividades associativas. Relativamente a atividades de voluntariado 36.3 % referem nunca ter participado em atividades desta índole. Quanto á frequência de bares e discotecas é também uma atividade da preferência das classes etárias mais jovens, apesar disso, neste estudo verifica-se que apenas 11.4% dos estudantes da amostra nunca frequentam bares ou discotecas; e 58.4%, fazem-no ocasionalmente 21.7% dos estudantes frequentam bares/discotecas com uma frequência semanal; e 7.0% fazem-no duas a três vezes por semana.

Seco et al., (2005) a propósito da Adaptação Académica, Apoio Social e Bem-Estar Subjetivo dos Estudantes do Ensino Superior sugerem a necessidade de as instituições reforçarem mecanismos e estruturas de apoio para os alunos deslocados, que face ao provável desenraizamento que sentem, lhes permitam ampliar a sua rede de interações sociais, entrando em contacto com novos grupos e conseqüentemente substituir a família, agora distante, por novos grupos, novas fontes de suporte social contribuindo para uma melhor gestão dos seus recursos e usufruindo o melhor possível dos recursos institucionais visando a melhoria da sua saúde mental global.

Relativamente à hipótese *HI8: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB, de acordo com se vive ou não em locais movimentados*, de acordo com o contexto do nosso estudo não é possível validar taxativamente a HI8.

Apesar da não validação da hipótese supracitada, tendo em conta os dados encontrados na nossa investigação, a literatura científica suporta vigorosamente perspectivas contrárias, destacando o meio ambiente circundante ao estudante universitário com um peso significativo no seu comportamento.

O encadeamento, ligação ou interação de fatores de âmbito biológico, psicológico, comportamental, social e ambiental, é hoje, nas suas múltiplas vertentes, aceite como responsável pela “dinâmica dos estados de saúde” bem como das transformações ou mudanças que determinam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das populações no momento presente e que terão repercussões no futuro das mesmas (Bardagi & Hutz, 2012; DGS, 2017; Ferreira & Santana, 2003; Rosa, Gomes, & Carvalho, 2000). Segundo a DGS (2017), o local de residência, o meio ambiente envolvente, o estilo de vida, a rede social de apoio entre outros, são alguns dos agentes determinantes a valorizar.

O consumo de substâncias ocorre maioritariamente em ambientes noturnos e festivos, sendo que na Universidade os consumos têm tendência para aumentar e para se diversificar. Cunha et al., (2005b) e Pereira (2005) referem que os cafés, os bares e

discotecas (locais de diversão noturna) estão a ocupar, cada vez mais, o lugar de destaque nas preferências dos consumidores jovens. E para aqueles que participam na vida recreativa, o consumo de substâncias é praticamente habitual. Referem assim, que é difícil ir a bares e discotecas, ouvir música e estar com os amigos ou os pares, sem beber álcool, fumar tabaco, cannabis ou outras drogas, sendo que os jovens consideram estes consumos como elemento essencial no seu divertimento (Calafat et al., 2004; Calderón-Romero & Cáliz-Romero, 2015)

De acordo com Edelmal et al., (2017) o consumo de álcool em jovens é cada vez mais frequente todos os dias, independentemente do sexo e ambos os géneros usam álcool por diversão.

Os estudantes do Ensino Superior consomem as bebidas alcoólicas, na sua maioria, durante as saídas noturnas, festas académicas ou férias, na presença de pares e relaciona-se com divertimento, proporcionando um padrão de consumo de *binge drinking*, onde o ato de beber tem por objetivo atingir o estado de embriaguez (Rodrigues, 2006).

Alguns destes locais encontram-se abertos ao público durante toda a noite e naturalmente em locais mais movimentados, o que facilita, sem dúvida, a aquisição de bebidas alcoólicas (Rodrigues, 2006). Farate (2000), revendo as conclusões do estudo - *Monitoring the Future* levado a cabo por Johnston e O'Malley em 1986 citados por Preto (2002), realçou variáveis presentes nas escolhas dos jovens relativamente à iniciação às drogas, destacando como primária o fator sócio-recreativo, ligado ao prazer sentido pela utilização de um produto psicoativo no contexto do grupo de pares. Lomba et al., (2006) sustentam que o início do uso de drogas, lícitas ou ilícitas, ocorre quase sempre por interferência do grupo de pares que é para o jovem um grande ponto de referência, um espaço de aprendizagem e favorece a busca de identidade. Assim, as drogas surgem como um recurso de socialização, facilitando a entrada no grupo e a integração com os pares (Preto, 2002; Lomba et al., 2006)

Ham & Hope (2003) apontam que o consumo nas universidades é explicado em grande medida pelos contextos e circunstâncias em que se inserem. Observaram e conferiram ainda uma grande importância dos fatores ambientais, observando que os consumos eram maiores entre os estudantes que faziam parte de associações

académicas. A pertença a estes grupos e a pressão que por eles exercida é um fator importante quando se estuda os comportamentos aditivos. De acordo com Pimentel, Mata & Anes (2013) num estudo realizado com uma amostra de 272 estudantes do ensino superior, o consumo de bebidas alcoólicas, para além de ser aceitável, é também tolerado e até promovido no meio académico sendo o seu consumo regular e intensivo

Face à validação da hipótese **HI9: *Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes do IPB, de acordo com se considera pertinente mais ações de sensibilização.***

Embora o tamanho de efeito seja pequeno, porém não invalida, que a HI9 se verifica para a dimensão depressão, tal como se pode observar no quadro 18.

**Quadro 18** -Resultados dos testes de Mann-Whitney por se considera pertinente mais ações de sensibilização - EADS-21- Dimensão Depressão

Dimensão	Considera pertinente	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Depressão	Sim	190.86	.018	.331	pequeno
	Não	227.73			

PM- Ponto Médio

De modo geral, observa-se que os níveis de stress, ansiedade e depressão são mais elevados nos jovens universitários que não defendem a pertinência das campanhas de sensibilização, contudo esse resultado apenas é estatisticamente significativo na dimensão depressão ( $p < 0.05$ ,  $d = 0.331$ ). Assim sendo, pode-se afirmar que os alunos que não consideram pertinente as sensibilizações têm significativamente mais problemas de depressão. Na realidade podemos assumir que o facto de não estarem sensibilizados para a necessidade de formação os torna mais vulneráveis ao stress, ansiedade e depressão.

Encontra-se na literatura que, os estudantes do ensino superior apresentam valores de Conhecimentos em Saúde Mental diminuídos, (Amstrong & Young, 2015; DGS, 2019d; Fonseca et al., 2019; Loureiro, 2018; Rafal et al., 2018). No estudo de



Zampieri (2013) com jovens universitários encontrou maior prevalência de sintomas de *stress* do que de depressão e ansiedade. O estudo de Bayram e Bilgel (2008) avaliou as mesmas problemáticas e também encontrou níveis de perturbação moderados em todas as patologias e destacam que a satisfação com a educação está associada a níveis inferiores de perturbação. Este resultado permite-nos, pelo menos em parte, entender que esta diminuição nos conhecimentos de saúde mental nos jovens universitários pode, eventualmente, condicionar a procura de ajuda por parte destes. Tal como Rafal et al., (2018) concluíram no seu estudo, quanto mais reduzidos forem os conhecimentos em saúde mental que se detêm, menor a tendência em procurar ajuda de profissionais de saúde especializados.

Na última década, a saúde mental, tanto a nível nacional como internacional, tem sido alvo de destaque, consequência sobretudo das crescentes evidências científicas, onde é realçada a importância da saúde mental nos distintos contextos da sociedade.

Ao nível do ensino superior a saúde mental dos universitários, deverá representar uma importante questão de saúde pública, constatado o impacto de perturbações desta índole a nível pessoal, social e académico (Certo, 2016), no presente e no futuro.

A literacia está relacionada com o processo de alfabetização, mas depende largamente dos trâmites culturais e da estruturação social, condicionando os atos de cidadania praticados por todos nós. Deste modo, depende de fatores de índole cultural, dos requisitos impostas pela sociedade e poderá, em última instância, não refletir os conhecimentos e competências adquiridos por via da escolaridade (Loureiro et al., 2015).

Em Portugal, a “literacia em saúde mental”, definida como o conhecimento e as crenças acerca das perturbações mentais que suportam o seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm et al., 1997) ainda é muito baixa em relação ao que seria desejável (Loureiro et al., 2012). Diversos estudos revelam elevada importância na aposta e na identificação das necessidades terapêuticas de saúde mental nos cuidados de saúde primários (Serra, 2014).

Os baixos níveis de literacia em saúde mental nos estudantes universitários poderão não só impedir ou dificultar o reconhecimento precoce dos problemas de saúde mental, bem como influenciar o comportamento de procura de ajuda (Loureiro et al., 2012). Na opinião de Olivari & Guzmán-González (2017), a perceção da necessidade de procurar ajuda em saúde mental é uma habilidade aprendida, adaptativa e relacionada ao bem-estar psicológico.

Nesse mesmo sentido, Alexander (2017) explica também que a procura de ajuda aliada à intervenção específica precoce, está relacionada ao enfrentamento adaptativo e a resultados positivos diante de situações difíceis ou negativas às quais os mais jovens estão expostos e como o uso contínuo de estratégias de enfrentamento evitativo se traduz como um fator de risco para o aparecimento de doenças mentais neste grupo

São inúmeros os estudos sobre esta temática, que neste universo, tem em comum o facto de haver uma elevada percentagem de alunos com níveis significativos de sintomatologia coincidente com baixa saúde mental e que corroboram assim, uma necessidade de aumentar os níveis de literacia em saúde mental desta franja da população juvenil, o que tem merecido atenção da comunidade científica.

E mesmo tendo em conta que as diferentes circunstâncias e contextos e os diferentes instrumentos e ferramentas de cada investigação não permitem serem feitas comparações diretas, o que se afigura ser mais evidente é que os valores do número de estudantes com problemas e com sintomatologia clinicamente significativa são relativamente elevados.

Melhor saúde mental em jovens, de acordo com Abhainath & Kedare (2016), estaria associado a melhor saúde física, comportamentos socialmente positivos e comportamentos de menor risco. Pelo contrário, os jovens com problemas de saúde mental, como a depressão, são mais propensos a apresentar comportamentos de risco, a isso se acrescenta o encargo económico e social das famílias e da sociedade, em termos de stress, custos de tratamento e incapacidade (Abhainath & Kedare, 2016).

Cunha (2020) no seu estudo, em relação às correlações entre as dimensões de saúde mental que investigou e as dimensões de conhecimentos em saúde mental, encontrou que de uma forma geral, as correlações são de magnitude fraca. Ainda assim, verificam-se correlações estatisticamente significativas entre uma Atitude pró social e a Resolução de problemas e realização pessoal e o Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais, bem como, entre as habilidades de relação interpessoal e a conscientização sobre as atividades de promoção da saúde. Quando os estudantes procuram os serviços de apoio e aconselhamento psicológico, referem em primeiro lugar problemas de ansiedade, seguindo-se se as preocupações académicas e em terceiro a depressão (Edwards & Holden, 2001).

Visando a validação da hipótese ***HI10: Existem diferenças nos hábitos de consumo de substâncias, de acordo com as sete dimensões do DUSI-R em estudo, dos estudantes do IPB***, de acordo com se considera pertinente mais ações de sensibilização, o presente estudo validou a HI10 para as dimensões: uso de substâncias; padrão de comportamento; perturbação mental; estrutura familiar; desempenho académico; e, relação com os pares.

Os piores resultados na generalidade das dimensões estão associados aos alunos que não defendem a pertinência das campanhas de sensibilização, formação nas áreas afetas à presente investigação. Podemos depreender um ciclo vicioso, não se encontrando propriamente bem em determinados aspetos importantes em termos pessoais, sociais e de dinâmicas relacionais, mas não nutrem necessidade de serem esclarecidos e ajudado.

**Quadro 19-** Resultados dos testes de Mann-Whitney por se considera pertinente mais ações de sensibilização - DUSI-R- Dimensão Competências Sociais

Dimensão	Considera pertinente	PM	p	d de Cohen	Tamanho de efeito
Uso de Substâncias	Sim	183.02	.000	.785	intermédio
	Não	271.08			
Padrão de Comportamento	Sim	190.08	.008	.398	pequeno
	Não	232.05			
Perturbação Mental	Sim	188.00	.000	.534	intermédio
	Não	243.53			
Competências Sociais	Sim	195.09	.532	n.a.	n.a.
	Não	204.32			
Estrutura Familiar	Sim	189.94	.006	.298	pequeno
	Não	232.78			
Desempenho Académico	Sim	189.27	.003	.518	intermédio
	Não	236.52			
Relação com Pares	Sim	188.76	.001	.434	pequeno
	Não	239.31			

PM- Ponto Médio

De acordo com a evidência científica, esta sugere-nos que o conhecimento, a literacia em saúde condiciona a forma como cada um de nós é capaz de tomar decisões adequadas sobre saúde, afetando, por isso, não apenas a nossa qualidade de vida e daqueles que nos são próximos e que dependem de nós (como as crianças ou os idosos), mas tendo também implicações nas despesas de saúde e nos custos e formas de organização dos sistemas de saúde nacionais (Espanha, Avila & Mendes, 2016).

A literacia em saúde vai implicar que os indivíduos alcancem um patamar de conhecimento, de competências pessoais e de confiança que lhes permita atuar acedendo, interpretando, avaliando e utilizando informação no campo da saúde, com o propósito de melhorar a sua saúde ou da sua comunidade, mudando estilos e condições de vida, a sua capacidade funcional tomando decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, conservando ou melhorando a sua

qualidade de vida durante todo o ciclo (Loureiro et al., 2015; Loureiro, 2012; Nursing Theories, 2009; Nutbeam, 1998; Silva et al., 2019).

Assim, literacia em Saúde permite otimizar a procura de soluções para os problemas de saúde. Promove os estilos de vida saudável em geral, bem como comportamentos preventivos e protetores da saúde em particular, pelo que a sua promoção deve ser fomentada (DGS, 2019c). De entre as recomendações para a promoção da Literacia em Saúde em Portugal destaca-se: - Diversificar as estratégias, modos de comunicação e de informação, reconhecendo a diversidade de perfis sociais e de níveis de competências em Literacia em Saúde que são transversais à sociedade portuguesa e apoiar iniciativas que melhorem a Literacia em Saúde, em particular dirigidas aos grupos mais vulneráveis na sociedade portuguesa (DGS, 2019c).

Um jovem que possua competências de literacia em saúde deverá ser capaz de cuidar de si a nível físico, emocional, social, mental e espiritual (Fetro, 2003). Os estudos apontam para que se existir um maior investimento na promoção de literacia em saúde, este investimento se repercutirá em diminuição de comportamentos de risco e melhor utilização dos serviços de saúde, o que gerará diminuição dos custos em saúde (Jordão, 2017).

A relação entre educação e saúde está bem patente em vários estudos, que revelam que baixos níveis de literacia estão associados a baixos níveis de saúde, com os consequentes custos para a sociedade, quer ao nível de sofrimento humano, quer ao nível económico (Kickbusch et al., 2013; Kickbusch, 2004; Nutbeam, 2000). A educação em saúde tenta conscientizar as pessoas de que a saúde é uma responsabilidade compartilhada e que deve ser contextualizada nas situações sociais e condições de vida (Ruiz-Cabello, 2015).

A saúde é um recurso para as pessoas e para a sociedade e é uma responsabilidade partilhada entre todos, pelo que é de extrema importância unir esforços e potenciar, em todas as oportunidades, a promoção da Literacia em Saúde, de forma a capacitar e ativar a população contribuindo para a saúde, para o Bem-estar e para a redução de desigualdades em saúde (DGS, 2019d). No contexto espanhol, as políticas

de saúde e educação devem dar cumprimento do mandato constitucional que estabelece o direito de os cidadãos adquirirem as habilidades que lhes permitem comunicar e integrar-se na sociedade e que os ajudem a preservar e melhorar a sua própria saúde e da comunidade em que vivem (Ruiz-Cabello, 2015).

Salman et al., (2020) concluíram que é necessário evitar o uso indevido de substâncias psicoativas entre estudantes universitários, inserindo este assunto no currículo da faculdade, bem como estabelecendo programas de prevenção do uso de drogas para os estudantes. Os administradores das faculdades devem se manter informados para poder identificar tal uso e desenvolver intervenções educacionais para prevenir tal comportamento.

Assim, a instituição de ensino superior tem uma função importantíssima face à integração do estudante na vida universitária, ajudando ou não neste trajeto. Alguns autores (Nadelson et al., 2013; Wiles, Chechi & Dias, 2010), sugerem que cabe à universidade atentar para as dificuldades dos ingressantes para facilitar sua adaptação. E nesse mesmo sentido consideram ser também responsabilidade das instituições universitárias promover as condições adequadas para uma integração e adaptação acadêmica de sucesso. Face ao bem-estar e saúde mental dos estudantes, genericamente as instituições centram-se em oferecer serviços quando os estudantes pedem ajuda, na promoção e prevenção. Com a primeira ação respondem aos problemas mais urgentes, desencadeando ou proporcionando respostas mais imediatas. Com a segunda apostam em programas de promoção e educação para a saúde, de apoio e orientação pedagógica.

A literatura tem demonstrado que as intervenções no âmbito da promoção da saúde mental em estudantes do ensino Superior se têm destacado como eficientes, com resultados muito promissores (Conley, Travers & Bryant, 2013). Apoiam-se na educação para a saúde integrada, compreensiva e abrangente, sobretudo na capacitação, autonomia e no reforço dos recursos positivos. É dirigida às singularidades dos estudantes e dos contextos académicos, visando diminuir, minimizar ou eliminar condicionantes negativos (Kalra et al., 2012).

Face à validação da hipótese ***H111: Existem correlações significativas entre as dimensões em estudo***, conclui-se que as correlações variam entre moderadas a fortes para as três dimensões da EADS-21, entre elas, como se pode observar através do

quadro 20 e entre negligenciáveis e moderadas como podemos observar no quadro 20 e no quadro 21 para as restantes combinações. Podemos assim afirmar que foi validada a HI11.

(É importante realçar que o coeficiente de correlação (rho de Spearman) representa a relação linear entre duas variáveis, ou seja, o modo como linearmente elas se afetam. Convém destacar os coeficientes de maior grandeza, pois são estes os que revelam uma maior intensidade da relação entre as variáveis, sendo que para o caso em apreço, todas as correlações são significativas ao nível .05).

Segundo Cohen (1988) uma correlação é considerada muito baixa se o valor é inferior a 0.19; baixa entre 0.2 e 0.3; moderada entre 0.4 e 0.69; elevada entre 0.7 a 0,89 e, por fim, muito elevada, quando os valores estão acima de 0.89.)

**Quadro 20 - Coeficientes de Correlação de Spearman - Dimensões da EADS 21**

	<b>Stress</b>	<b>Ansiedade</b>
<b>Ansiedade</b>	.723	
<b>Depressão</b>	.723	.628

As associações das variáveis permitem a compreensão de que a depressão, a ansiedade e o stress, sintomas presentes na amostra estudada e analisadas no presente estudo, demonstram uma relação inequívoca entre si e propiciam prejuízo à qualidade de vida dos jovens estudantes tendo em conta os valores apresentados.

Cunha (2020) no seu estudo, em relação às correlações entre as dimensões de saúde mental que investigou e as dimensões de conhecimentos em saúde mental, encontrou que de uma forma geral, as correlações são de magnitude fraca. Ainda assim, verificam-se correlações estatisticamente significativas entre uma Atitude pró social e a Resolução de problemas e realização pessoal e o Conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais, bem como, entre as habilidades de relação interpessoal e a conscientização sobre as atividades de promoção da saúde. Quando os estudantes procuram os serviços de apoio e aconselhamento psicológico, referem em

primeiro lugar problemas de ansiedade, seguindo-se as preocupações acadêmicas e em terceiro a depressão (Edwards & Holden, 2001).

**Quadro 21** - Coeficientes de Correlação de Spearman- Dimensões da EADS 21 e Dimensões do DUSI-R

	<b>Stress</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Depressão</b>
<b>Uso de Substâncias</b>	.134	.137	.158
<b>Padrão de Comportamento</b>	.401	.329	.371
<b>Perturbação Mental</b>	.488	.448	.446
<b>Competências Sociais</b>	.364	.318	.401
<b>Estrutura Familiar</b>	.287	.275	.335
<b>Desempenho Acadêmico</b>	.269	.283	.304
<b>Relação com Pares</b>	.129	.121	.160

As associações das variáveis permitem a compreensão de que a depressão, a ansiedade e o stress e as dimensões do instrumento DUSI R, analisadas no presente estudo, demonstram uma relação inequívoca entre si e propiciam evidente prejuízo à qualidade de vida dos jovens estudantes tendo em conta os valores apresentados, embora nem todas com o mesmo nível de intensidade.

Em algumas pesquisas para a verificação da prevalência de comportamentos relacionados ao consumo de substâncias e indícios de sofrimento psíquico entre elementos da comunidade universitária, observou-se que há uma associação entre uso de substâncias psicoativas e doenças mentais (Horta & Horta, 2012).

Foram constatados dados que comprovam aumento do risco de sintomas depressivos associados ao uso da canábica (Mesquita et al. 2015) A ansiedade pode ser fator motivador para o abuso de álcool e outras substâncias, sendo que a presença desse transtorno pode ainda auxiliar na detecção da dependência de drogas (Cássia et al. 2015).

Em síntese, a prevalência do uso de substâncias psicoativas, está associada aos altos níveis de stress e ansiedade vivenciadas, principalmente nas áreas da saúde, que



vivenciam tensões e sobrecarga de horário, provocando distúrbios emocionais e/ou comportamentais (Roberts et al. 2010).

Pires et al. (2019) na sua pesquisa quanto a presença de doenças mentais, apresentaram correlação positiva entre depressão e o uso de álcool e/ou tabaco e/ ou cannabis; entre stress e uso de álcool e/ou cannabis e entre nível de ansiedade e o uso de cannabis.

**Quadro 22** - Coeficientes de Correlação de Spearman - Dimensões do DUSI R

	US	PC	PM	CS	EF	DA
<b>Uso de Substâncias</b>						
<b>Padrão de Comportamento</b>	.354					
<b>Perturbação Mental</b>	.311	.552				
<b>Competências Sociais</b>	.090	.389	.420			
<b>Estrutura Familiar</b>	.253	.288	.392	.322		
<b>Desempenho Académico</b>	.498	.341	.457	.309	.444	
<b>Relação com Pares</b>	.457	.307	.343	.224	.309	.410

US- Uso de Substâncias; PC- Padrão de Comportamento; PM- Perturbação Mental; CS- Competências Sociais; EF- Estrutura Familiar; DAC- Desempenho Académico, RP- Relação com os Pares

As associações das variáveis permitem a compreensão de que as dimensões do instrumento DUSI R, analisadas no presente estudo, demonstram uma relação inequívoca entre si e propiciam prejuízo à qualidade de vida dos jovens estudantes tendo em conta os valores apresentados. Se atentarmos na relação entre o desempenho académico e a estrutura familiar observa-se um coeficiente de correlação positivo e de intensidade moderada ( $r=0.444$ ). ou seja, depreendemos que má estrutura familiar conduz a mau desempenho académico. Também encontramos correlação positiva e moderada entre a perturbação mental e as competências sociais ( $r=0.552$ ).

## 4 | CONCLUSÕES

---

### 4.1. Principais Conclusões

Nos jovens o ingresso no nível de ensino superior, como etapa de transição múltipla, origina respostas individuais positivas e negativas que requerem atenção pela necessidade de ajustamento e equilíbrio.

No termino da presente investigação é agora o momento de apresentar as considerações finais, evidenciando as principais conclusões.

Assim, dos dados obtidos no presente estudo, podemos concluir que face à **Saúde Mental** (Depressão, Ansiedade e Stress) dos estudantes do IPB, os resultados na presente investigação revelam que:

- A maioria dos estudantes universitários apresentam níveis de ansiedade, depressão e stress tendencialmente normais e até expectáveis.
- Mais de 25% dos estudantes mostram índices de intensidade acima do normal, nas dimensões depressão e stress, chegando a quase um terço na dimensão ansiedade.

Perante a necessidade de atualização permanente de dados sobre esta problemática, caracterizar a sua saúde mental e proceder á identificação de variáveis biopsicossociais com efeito positivo e também as de maior vulnerabilidade revela-se uma questão com particular interesse, e deste modo, no presente trabalho concluímos que:

- O sexo feminino apresenta níveis superiores, em todas as dimensões: ansiedade, depressão, e stress, quando comparado com os estudantes do género masculino, no entanto, com maior evidência na dimensão stress.
- O exercício físico influencia favoravelmente os níveis de stress, ansiedade e depressão.
- O início da atividade sexual afeta favoravelmente os níveis de saúde mental, com maior expressão na dimensão depressão.
- O local de residência, mais ou menos movimentado, não altera os níveis de ansiedade, depressão e stress dos estudantes.

- Os estudantes que consideram pertinente mais ações de sensibilização/formação na área afeta à temática, apresentam melhores índices de Saúde Mental, com maior expressividade na dimensão da Depressão.

No que concerne à identificação dos **hábitos de consumo de substâncias psicoativas (DUSI-R)** dos valores encontrados concluímos que:

- As três substâncias com maior frequência de consumo registadas nos últimos 30 dias são álcool (76.7%), cannabis (24.5%) e analgésicos (15.7%).
- Quanto a valores médios na maioria das dimensões, ambos os sexos apresentam dados que ultrapassam o ponto de corte, considerado problemático, à exceção das dimensões Uso de substâncias e Estrutura familiar. Ambos apresentam valores mais baixos nestas duas dimensões, sendo que o sexo feminino não excede o ponto de corte.
- O sexo masculino destaca-se por revelar valores mais acentuados, excetuando as dimensões Padrão de comportamento, Perturbação mental e Competências sociais. Nas dimensões anteriores, em que as estudantes apresentam níveis mais elevados, as diferenças são mais moderadas entre os sexos.
- A prática de exercício físico não interfere com os hábitos de consumo de substâncias.
- Apenas as dimensões: uso de substâncias e, competências sociais são influenciadas pelo início da atividade sexual, sendo que o uso de substâncias é influenciado negativamente pelo início da atividade sexual ao contrário da dimensão Competências Sociais.
- A movimentação do local de residência não afeta os hábitos de consumo dos estudantes.
- Apenas a dimensão Competências sociais não sofre influência relativamente à pertinência das ações de sensibilização/formação. Nas restantes dimensões, quem não avalia a pertinência de formação apresenta valores mais problemáticos.

Concluiu-se também que as correlações variam entre moderadas a fortes para as três dimensões da EADS-21, entre elas, e entre negligenciáveis e moderadas para as restantes combinações.

Assim, este estudo colabora com elementos que aumentam a compreensão sobre a saúde mental e condutas de risco face ao consumo de substâncias psicoativas do estudante do ensino superior no contexto académico.

#### **4.2. Limitações ao estudo**

Embora a temática da saúde mental e a problemática do consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino superior seja, sem dúvida, sempre pertinente face ao contexto contemporâneo, este trabalho abarca naturalmente algumas limitações e é relevante refletir sobre as mesmas.

Não sendo a amostra utilizada, uma amostra estratificada a nível nacional pode não representar de forma global todos os estudantes de contexto universitário. Além de que, sempre que se utilizem instrumentos de autorrelato e apesar de garantida a confidencialidade dos dados, há que ter em conta o viés ou tendenciosidade, que pode influenciar a validade das informações fornecidas, além das dificuldades em recordar certos aspetos e/ou embaraço em admitir outros, dado o seu carácter íntimo (Pestana & Gageiro, 2005).

O procedimento de colheita de dados, com questionário de autopreenchimento, permitiu agilizar a recolha de dados e garantir a confidencialidade, no entanto, o facto de as informações recolhidas estarem dependentes dos testemunhos prestados, também pode introduzir possíveis falhas, isto é, uma variável pode condicionar a neutralidade da avaliação de outras, por contágio. Além disso, os sujeitos podem sub ou sobre reportar alguns dos seus comportamentos em análise, consoante os considerem ou não socialmente desejáveis.

(A desejabilidade social é uma questão preponderante na área da saúde mental e na esfera privada e íntima dos indivíduos, pelo que algumas questões podem ser consideradas demasiado íntimas para serem reveladas e expostas ou podem ainda ser sentidas como fragilidades (Pillon, O'brien & Chavez, 2005))

Observa-se ainda que uma das principais limitações é o facto de esta ser uma investigação transversal, pelo que não é possível concluir pela trajetória dos efeitos, podendo futuramente, optar-se por estudos observacionais longitudinais, com a aplicação de projetos específicos de intervenção e respetiva avaliação.

Além de que, na análise dos resultados poderia ter sido compreendido um estudo mais aprofundado de algumas das variáveis envolvidas, com múltiplos cruzamentos. Contudo considerando a vasta abrangência do estudo e as inúmeras variáveis do mesmo optámos por nos centrar nos objetivos principais da investigação. Constituinte, no entanto, material para hipotética análise futura.

No que concerne aos instrumentos utilizados, apesar de terem demonstrado boas características psicométricas, alguns carecem de mais investigação que confirme e lhe confira ainda maior robustez em especial o inventário DUSI-R, nomeadamente na diversificação de amostras.

Apesar das limitações referidas, de modo geral, foram atingidos os objetivos estabelecidos, salientando-se a relevância dos resultados obtidos, que permitiram aumentar o conhecimento dos níveis de saúde mental e de comportamentos de consumo de substâncias psicoativas associados aos estudantes do ensino superior, alicerçando a adequada e ajustada intervenção comunitária face à problemática neste quadrante da sociedade.

### **4.3. Contributos para a Prática**

Os principais contributos deste estudo atribuem-se aos dados que dele emergiram, agora disponíveis para a comunidade científica, dado que os estudos sobre a saúde mental e as condutas no que respeita ao consumo de substâncias psicoativas dos estudantes em contexto universitário são de todo uma mais-valia no contexto atual.

Esta investigação teve como finalidade a obtenção de evidência no âmbito da saúde mental e do consumo de substâncias psicoativas dos estudantes de ensino superior e a sua intrínseca relação com variáveis biopsicossociais consideradas de interesse, bem

como, contribuir para disseminar e transferir o conhecimento produzido para a prática, fundamentando e alicerçando decisões no âmbito da saúde e da educação, privilegiando intervenções incisivas e naturalmente precoces visando o aumento da literacia em saúde, reforço da capacitação e competências e por conseguinte melhoria da qualidade de vida dos jovens estudantes universitários e por consequência natural da comunidade onde se inserem.

Assim, face ao exposto, a promoção da saúde mental e a capacitação para escolhas mais assertivas no âmbito de consumos de risco nos jovens são uma área de fulcral interesse, estando os cuidados de saúde primários e as instituições de ensino superior numa situação privilegiada para intervir precocemente.

É fundamental o desenvolvimento de atuações concertadas com inúmeros stakeholders investindo-se em projetos integrados que assentem na literacia sobre as múltiplas associações da saúde mental e do uso de substâncias com a atividade física, a vivência saudável da sexualidade, as relações familiares e o contexto ambiental/residencial.

Para colmatar um dos objetivos centrais de qualquer investigação em saúde, estabelecendo o Shunt entre a investigação e a intervenção comunitária, apresentamos o esboço de um Projeto de Intervenção e Promoção da Literacia em saúde na comunidade jovem (Anexo V), que procura intervir nas principais problemáticas identificadas com o presente estudo.

As temáticas abordadas constituem uma questão de saúde pública que deve ser motivo de inquietação e reflexão não só para profissionais de saúde, mas também professores universitários, decisores políticos, famílias e comunidade em geral. Este plano de intervenção integra-se na missão dos cuidados de saúde primários de promoção e educação para a saúde em contexto escolar e de capacitação abrangente da comunidade.

A elaboração e desenvolvimento deste plano de intervenção, no âmbito da abrangência da comunidade baseia-se numa ação concertada da investigadora e de

parcerias a estabelecer no âmbito do seu exercício profissional. Tendo a investigadora realizado, no entanto, a implementação de algumas intervenções delineadas junto da comunidade. Face às adversidades impostas pelas condições atípicas da saúde exigidas no âmbito da pandemia COVID-19 que motivaram um acréscimo excessivo de mobilização de recursos humanos, não foi possível efetuar as diligências para a implementação efetiva do projeto.

Assim, os resultados que emergem deste estudo constituem-se como base de informação para profissionais de saúde, professores universitários, famílias e comunidade, visando o aumento da literacia em saúde nas áreas abordadas

Esta investigação pode ainda constituir também evidência científica de suporte a decisores políticos, permitindo a edificação de legislação e o estruturar de programas mais incisivos que contribuam para ambientes promotores da saúde em geral dos jovens e comunidade.

#### **4.4. Sugestões para Investigações Futuras**

A ausência ou até debilidade a nível da saúde mental e a subvalorização dos determinantes associadas ao consumo de substâncias psicoativas pelo jovem fragiliza a vivência saudável do estudante em contexto universitário, proporciona desequilíbrios e, por conseguinte, naturalmente, insucesso académico e uma etapa de vida menos feliz, justificando-se por isso o perpetuar de contínuas investigações no âmbito desta problemática.

Os benefícios deste estudo atribuem-se às relações agora identificadas e mais claras entre a saúde mental dos jovens estudantes, o consumo de substâncias psicoativas e as variáveis biopsicossociais estudadas. Atribui-se ainda particular relevância à perceção dos estudantes, e que o estudo identificou, da pertinência de um incremento da sensibilização/formação/informação aos jovens universitários, na área afeta às substâncias psicoativas, através de palestras/seminários em contexto universitário.

Esta investigação, intensificou conhecimento já existente, mas acrescentou informação original, e transmissível, para alicerçar futuros estudos no âmbito das temáticas que abordou e respetiva formulação de novas hipóteses acerca deste fenómeno, agora mais claro.

A título de exemplo elenca-se a importância do desenvolvimento de um estudo de cariz longitudinal monitorizando a saúde mental dos jovens universitários, os determinantes associados aos comportamentos aditivos no âmbito do consumo de substâncias e as interferências das variáveis afetivas, com a aplicação de projetos de intervenção e respetiva avaliação, pesquisando a sua evolução

É necessário referir que um estudo de caráter longitudinal poderia ajudar a clarificar alguns aspetos contraditórios patenteados na literatura, especificamente no que concerne ao bem-estar dos jovens estudantes do ensino superior de acordo com a progressão do curso e a idade, dado que alguns estudos expõem que o bem-estar tende a aumentar gradualmente com a idade e ano de curso, enquanto distintos resultados reportam um decréscimo ao longo do percurso académico. Possibilitaria ainda examinar a direção dos efeitos das variáveis aqui estudadas.

Conhecer o padrão do consumo de substâncias psicoativas de determinada população é essencial para a implantação de programas de prevenção ao consumo de drogas, pois, além de fornecer informações acerca dos padrões de consumo e de eliminar mitos existentes sobre o assunto, possibilita ainda um caminho para o desenvolvimento de políticas públicas, incluindo prevenção e tratamento, com resultados potencialmente mais proveitosos, contribuindo para a alteração de comportamentos nocivos à saúde.

Para terminar, os resultados obtidos nesta investigação poderão ainda servir de suporte a novos estudos com metodologia de tipo quase-experimental, que no âmbito de um projeto de intervenção de promoção do bem-estar do jovem estudante, procurasse analisar as consequências ocorridas ao nível das mudanças do estado de saúde mental e comportamentos de consumo de substâncias psicoativas. Um estudo com esta aplicação permitiria detetar a modificação dos resultados atribuída à referida intervenção.





## 51 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

### (Bibliografia e Webgrafia)

- Abhainath, D., & Kedare, J. (2016). Why do adolescents visit psychiatric outpatient department? *Panacea Journal of Medical Sciences*, 6(3), 151–154.
- Abolfotouh, M. F.A. Bassiouni, G.M. Mounir, and R. C. F. (2007). Health related lifestyles and risk behaviors among students living in Alexandria University hostels. *Health Jornal*, 13(2), 376–391.
- Achirica, A., Arnedillo, G., Arnedillo, J. & Pardo, L. (2002). *La Prevencion De Las Drogodependencias en El Tiempo De Ocio* (JUMA (Ed.)).
- Al-Misnad, S., Ayadi,K., Hubbard,W., Jallow,H., Suet-Fern, Makhanya,M., Neukom,W., Nery,J., Northfleet,E., Silkenat,J. & Stoyanov, P. (2019). *The WJP Rule of Law Index 2019*. 978-0-9964094-1-4
- Alcântara da Silva, P; Borrego, R; Ferreira, V; Lavado, E; Melo, R; Rowland, J & Truninger, M. (2015). *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012* (E. – SICAD (Ed.)).
- Alexander, T. (2017). *Understanding and promoting help-seeking among adolescents*. [The University of Western Ontario]. <http://ir.lib.uwo.ca/etd/4448>
- Almeida, L. S., & Cruz, J. F. (2010). Transição e adaptação académica: Reflexões em torno dos estudantes do 1º ano da universidade do Minho. In Universidade do Minho (Ed.), *Congresso Ibérico, Ensino superior em mudança: Tensões e possibilidades* (pp. 429–439).
- Almeida, L. S., & Vasconcelos, R. (2008). Ensino superior em Portugal: Décadas de profundas exigências e transformações. *Innovación Educativa*, 18, 23–34.
- Almeida, L. S., Soares, A. P., Guisande, M. A., & Paisana, J. (2007a). Rendimento académico no ensino superior: Estudo com alunos do 1º Ano. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 14(1), 1138–1663. [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12071/1/Almeida%2C Soares%2C Guisande %26 Paisana%2C 2007.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12071/1/Almeida%2C%20Soares%2C%20Guisande%20Paisana%202007.pdf)
- Almeida, L. S., Soares, A. P. C., & Ferreira, J. A. (2002). Questionário de Vivências Académicas (QVA-r): Avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 81–93.
- Almeida, et al. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)
- Almeida, J. (2014). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os*

*comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação* [Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa].  
<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2939/1/tese.pdf>

- Almondes, K., & Araújo, J. (2003). Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 37–43.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100005>
- Alves, A. F., Gonçalves, P., & Almeida, L. S. (2002). Acesso e sucesso no ensino superior: inventariando as expectativas dos estudante. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 121–131.
- Alves, J.G.B., Montenegro, F.M.U., Oliveira, F.A. e Alves, R. V. (2005). Prática de esportes durante a adolescência e actividade física de lazer na vida adulta. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 11((5)), 291-294.
- Alwan, A., & Saeed, K. (2015). A new agenda for mental health in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Helath Journal*, 21(7), 459–460.
- American Psychiatric Association - APA. (2014a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (Arglinton: American Psychiatric Association (Ed.); 5<sup>a</sup>).  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amstrong, L. & Young, K. (2015). Mind the gap: Person-centred delivery of mental health information to post-secondary students. *Psychosocial Intervention*, 24, 83–87. <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179840290004.pdf>
- Andrade, A.S., Tiraboshi, G., Antunes, N., Viana, P, Zanoto, P. & Curilla, R. (2016). Vivências Acadêmicas e Sofrimento Psíquico de Estudantes de Psicologia. *Psicol. Cienc. Prof*, 36(4), 831–846. <https://doi.org/10.1590/1982-3703004142015>
- Andre Bedendo, A. R. N. (2015). Sports practices related to alcohol and tobacco useamong high school students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, 99–105.  
[https://www.academia.edu/73227930/Sports\\_practices\\_related\\_to\\_alcohol\\_and\\_to\\_bacco\\_use\\_among\\_high\\_school\\_students](https://www.academia.edu/73227930/Sports_practices_related_to_alcohol_and_to_bacco_use_among_high_school_students)
- Andrews, B., & Wilding, J. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *Br J Psychol*, 95(4), 509–521.  
<https://doi.org/10.1348/0007126042369802>
- Angélico, A. P., Crippa, J. d., & Loureiro, S. R. (2006). Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Interação Em Psicologia*, 10(1), 113–125.
- António, A.A.D., & Manuel, J. A. . (2015). Importância da relação professor-aluno na educação. *IX Encontro Nacional Sobre Atendimento Escolar – ENAEH e XII Congresso Nacional de Educação – EDUCERE*.  
[https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/22201\\_10845.pdf](https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/22201_10845.pdf)
- Antunes, R. (2021). *A Saúde Mental de estudantes universitários em tempo de*

*pandemia: um estudo descritivo transversal* [Universidade de Coimbra].  
[https://eg.uc.pt/bitstream/10316/96529/1/Rute Antunes - Dissertação.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/96529/1/Rute%20Antunes%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf)

APF- Associação de Planeamento Familiar. (2019). *Sexualidade*.  
<http://www.apf.pt/sexualidade>

Araújo, A.M., Santos, A.A.A., Noronha, A.P.P., Zanon, C., Ferreira, J.A., Casanova, J., & Almeida, L. . (2016). Dificuldades antecipadas de adaptação ao ensino superior: um estudo com estudantes do primeiro ano. *Revista de Estudos e Investigación y Educación*, 3(2), 102–111.  
[https://pdfs.semanticscholar.org/9c39/54e6e016d782a5eb7a249bead28cddae08ed.pdf?\\_ga=2.151179963.301798619.1649181838-1256215858.1646931455](https://pdfs.semanticscholar.org/9c39/54e6e016d782a5eb7a249bead28cddae08ed.pdf?_ga=2.151179963.301798619.1649181838-1256215858.1646931455)

Arnett, J. J., Ramos, K. D., & Jensen, L. A. (2001). Ideological views in emerging adulthood: Balancing autonomy and community. *Journal of Adult Development*, 8(2), 69–79.

Arnett, J. J. (1998). Learning to stand alone: The contemporary American transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development*, 41, 295–315.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(469–480).

Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development*, 8, 133–143.

Arnett, J. J. (2004). *Emerging Adulthood* (O. U. Press (Ed.)).

Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age. In J. Arnett & L. Tanner (Eds). *Emerging adulthood in America: Coming of age in the 21st Century*. *American Psychological Association*, 3–19.

Arria, A. M., Caldeira, K. M., Bugbee, B. A., Vincent, K. B., & O'Grady, K. E. (2016). Marijuana use trajectories during college predict health outcomes nine years post-matriculation. *Drug and Alcohol Dependence*, 158–165.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.009>

Astin, A. (1997). *What matters in college? Four critical years revisited*. (J. Bass (Ed.)).

Ávila-Toscano, J. H., Pacheco, S. L. H., González, D. P., & Polo, A. C. (2015). Relación entre ansiedad ante los exámenes, tipos de pruebas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(24), 255–268.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552359004>

*Ayuda en acción*. (2019). <https://ayudaenaccion.org/blog/solidaridad/jovenes-y-desarrollo/>

Azevedo, A. M., & Faria, L. (2001). Impacto das condições pessoais e contextuais na transição do ensino secundário para o ensino superior. *Revista Da UFP*, 257–269.

- Azevedo, C.S. & Silva, R. S. (2013). A Importância da Família no Tratamento do Dependente Químico. *Revista de Psicologia*, 152–163.  
file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/2337.pdf
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2014). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral: Portugal 2012*.
- Baptista, F. (2010). Avaliação da Aptidão Física. In Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (Ed.), *14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (Programa e Resumos)*.
- Bardagi & Hutz. (2012). Eventos Estressores no Contexto Acadêmico: Uma Breve Revisão da Literatura Brasileira. *Interação Psicol*, 15(1), 111–119.  
file:///C:/Users/lopes/Downloads/Eventos\_estressores\_no\_contexto\_academico\_u  
ma\_brev.pdf
- Barros C., Sacau-Fontenla A., F. C. (2022). Ansiedade, Depressão e Estresse Entre Estudantes Universitários: O Papel Mediador do Trabalho em Tempo de COVID-19. *Occupational and Environmental Safety and Health III*, 545–554.  
[https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-89617-1\\_48](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-89617-1_48)
- Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2012). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala de Expectativas acerca do Álcool – versão adolescentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 17–27.  
<https://doi.org/10.12707/RIII1242>
- Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 667–672.
- Benjamin, L. (1987). *Understanding and Managing Stress in the Academic World. Highlights: An ERIC/CAPS Digest*. (T. U. of Michigan (Ed.)). , ERIC Clearinghouse on Counseling and Personal Services.
- Bento, Rosa A. , Henriques, C., Pimentel, H., Ramos, L., Vinagre. M., Barroso, T., & Ferreira, T. (2021). *Comportamentos de saúde e bem-estar dos estudantes do Ensino Superior Politécnico*. <https://ccisp.pt/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio-Saude.pdf>
- Bernik, M. (2000). Relevância médico-social do transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 5–8.
- Bissoli, M. de F. (2014). DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE DA CRIANÇA: O PAPEL DA EDUCAÇÃO INFANTIL. *Psicologia Em Estudo*, 19, 587–597.  
[https://www.academia.edu/12655502/Desenvolvimento\\_da\\_personalidade\\_da\\_crianca\\_o\\_papel\\_da\\_Educacao\\_Infantil](https://www.academia.edu/12655502/Desenvolvimento_da_personalidade_da_crianca_o_papel_da_Educacao_Infantil)

- Bittencourt, A. L. P.; França, L. G. & Goldim, J. R. (2015). Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. *Revista Bioética*, 311–319.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D., Grant, B., Shang-Min, L., (...) & Olfson, M. (2008). Mental Health of College Students and Their Non-collegeattending Peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429–1437. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482915>
- Bobes, J., Casas, M. & Gutiérrez, M. (2010). *Manual de trastornos adictivos* (2ª).
- Bolsoni-Silva, A., & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dimensões conceitual-metodológicas. *Psicologia Em Revista*, 16(2), 330–350. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682010000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000200007)
- Bonanno, G., & Kaltman, S. (1999). Toward an Integrative Perspective on Bereavement. *Psychological Bulletin*, 125(6), 760–776.
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Matos, M. G. D. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 26(4), 551–561. <http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/ap/article/view/514>
- Botton, S.D., Cúnico, M.B., & Strey, M. N. (2015). Os Papéis Parentais nas Famílias: Analisando Aspectos Transgeracionais e de Gênero. *Pensando Famílias*, 19(2), 43–56. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v19n2/v19n2a05.pdf>
- Bouteyre, E., Maurel, M., & Bernaud, J. L. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23(2), 93–99. <https://doi.org/10.1002/smi.1125%0A%0A>
- Brandão, T., Saraiva, L., & Matos, P. M. (2012). O prolongamento da transição para a idade adulta e o conceito de adultez emergente: Especificidades do contexto português e brasileiro. *Análise Psicológica*, 30(3), 301–313.
- Braz, A. C. (2013). *Habilidades sociais e solidariedade intergeracional no relacionamento entre pais idosos e filhos adultos*. [Universidade Federal de São Carlos, Brasil]. [https://ppgpsi-ufscar.com.br/images/arquivos/teses-defendidas/023-Tese-Acb\\_052256.pdf](https://ppgpsi-ufscar.com.br/images/arquivos/teses-defendidas/023-Tese-Acb_052256.pdf)
- Brito, B. J. Q., Gordia, A. P., & Quadros, T. M. B. (2016). Estilo de vida de estudantes universitários: Estudo de acompanhamento durante os dois primeiros anos do curso de graduação. *Medicina*, 49(4), 293–302. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i4p293-302>
- Bryan C. Hutchins and Patrick Akos. (2013). Rural High School Youth's Access to and Use of School-to-Work Programs. *The Career Development Quarterly*, 61(3),

210–225. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0045.2013.00050.x>

- Bulmer, S. (2015). Correlates and predictors of marijuana use among US undergraduates. *Addictive Behaviors*, 25(3), 206–217.  
<https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Paper318939.html>
- Burris, J., Brechting, E., Salsman, J., & Carlson, C. (2009). Factors Associated with the Psychological Well-Being and Distress of University Students. *Journal of American College Health*, 57(5), 536–544.
- C. Brandt, I. Linzer, S. Repucci, T. R., & M. Truong, A. S. & C. W. (2019). *Freedom in the World 2019*. [https://freedomhouse.org/sites/default/files/2021-08/FIW2019\\_book\\_jumbo-PDF.pdf](https://freedomhouse.org/sites/default/files/2021-08/FIW2019_book_jumbo-PDF.pdf)
- Calado, V. & Lavado, E. (2018). *Representações sociais dos comportamentos aditivos*.
- Calado et al., 2020; Carapinha et al., 2020. (2020). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*.  
[https://www.sicad.pt/BK/Lists/SICAD\\_NOVIDADES/Attachments/300/DDN\\_2018.pdf](https://www.sicad.pt/BK/Lists/SICAD_NOVIDADES/Attachments/300/DDN_2018.pdf)
- Calafat, A.; Fernández, C.; Juan, M.; Becoña, E. & Gil, E. (2004). La diversión sin drogas, Utopía y realidad. *IREFREA*.
- Calais, S. L., Andrade, L. M. B. De, & Lipp, M. E. N. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de Stress em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 257–263. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000200005>
- Calderón-Romero, E. A., & Cáliz-Romero, N. E. (. (2015). . Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autorreflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal. *Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28).  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n28/v14n28a10.pdf>
- Callegari, A. (2000). *Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão* (E. Estampa (Ed.)).
- Camões, M. (2010). Avaliação da Atividade Física. *14.º Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (Programa e Resumos)*.
- Campos, M. & Neto, J. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232–240.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-516006>
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre prevalência da sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. *X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*.
- Canastra, F., Haanstra, F., & Vilanculos, M. (2015). *Manual de investigação científica*

da Universidade Católica de Moçambique (2<sup>a</sup> ed. Instituto Integrado de Apoio à Investigação Científica.

- Carapinha, L. & Guerreiro, C. (2019). *Padrões de consumo e problemas ligados ao uso de drogas – Uma análise em função do género*. SICAD.  
[http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=194&lista=SICAD\\_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos](http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=194&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos)
- Carlotto, R.C., Teixeira, M.A.P., & Dias, A. C. G. (2015). Adaptação acadêmica e coping em estudantes universitários. *Psico-USF*, 20(3), 421–432.  
<https://www.scielo.br/j/psuf/a/tFFmt79rtVYwvWWML8m6LSG/?format=pdf&lang=pt>
- Carneiro, V.T. & Sampaio, S. M. R. (2015). Adulterez emergente: um fenômeno normativo? *Revista Saúde e Ciência*, 4(1), 32–40.  
<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/238-Texto do Artigo-464-1-10-20200625.pdf>
- Carvalho Alves, M. (2017). *Disposições e atitudes dos alunos na frequência do ensino superior: as percepções dos novos alunos da FEG* [Universidade Católica Portuguesa]. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24212/1/Tese completa\\_Margarida Macedo.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24212/1/Tese completa_Margarida Macedo.pdf)
- Casanova, J. R., & Almeida, L. . (2016). Diversidade de público no Ensino Superior: Antecipando riscos na qualidade da adaptação e do sucesso acadêmico em estudantes do 1.º ano. *Revista Psicologia, Educação e Cultura*, 20(1), 27–45.  
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/71678/1/Casanova%20Almeida - 2016 - Diversidade de públicos no Ensino Superior Antecipando riscos na qualidade da adaptação e do sucesso academic.pdf>
- Casanova, J.R., Araújo, A.M., & Almeida, L. S. (2020). Dificuldades na adaptação acadêmica dos estudantes do 1º ano do Ensino Superior. *Revista E-Psi*, 9(1), 165–181. <https://artigos.revistaepsi.com/2020/Ano9-Volume1-Artigo11.pdf>
- Cássia, et al. (2015). Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários : um estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 504–509.
- Castro, A. C. R. de. (2021). *Transição e adaptação ao ensino superior: um olhar sobre a comunidade estudantil da universidade federal do pará - campus bragança* [Universidade do Minho].  
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/75258/1/Ana Claudia Ribeiro de Castro.pdf>
- Catanzaro, S.J. & Laurent, J. (2004). Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: evidence of mediation and moderation effects. *Addict Behav*, 29, 1779–1797.
- Centro de Respostas Integradas- CRI. (2019). *No Title*. CRI. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/comportamentos-aditivos-e dependencia/contactos/cri-de-braganca/>



- Certo, A. (2016). *Qualidade do sono e suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior*.
- Chaves, E. C. L., Iunes, D. H., Moura, C. C., Carvalho, L. C., Silva, A. M., & Carvalho, E. C. (2015). Anxiety and spirituality in university students: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 504–509. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680318i>
- Chickering, A., & Reisser, L. (1993). Education and identity. *Education and Identity*.
- Chickering, A. W. (1969). Education and Identity. *Jossey-Bass Publishers*.
- Chinn, D. (2011). Critical Health literacy. A review and critical analysis. *Soc Sci Med*, 73, 60–67.
- Chow, H. (2010). Predicting academic success and psychological wellness in a sample of Canadian undergraduate students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 473–496.
- Cleto, P. M., & Costa, M. E. (2000). A Mobilização de Recursos Sociais e de Coping Para Lidar Com a Transição De Escola no Início da Adolescência. *Inovação*, 13, 69–88. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21540/2/84161.pdf>
- Coelho, C. & Santos, J. (2006). ). Perfil do estilo de vida relacionado à saúde dos calouros de um centro de ciências tecnológicas. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 97.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Cohn, A. (2009). Saúde e Desenvolvimento Social. *Saúde E Sociedade*, 18(2), 41–47.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11271757/>
- Confederación Salud Mental España. (2019). *La salud mental en cifras*. [https://www.eldiario.es/sociedad/salud-mental-cifras\\_1\\_1619464.html](https://www.eldiario.es/sociedad/salud-mental-cifras_1_1619464.html)
- Conley, C., Travers, L., & Bryant, F. (2013). Promoting psychosocial adjustment and stress management in first-year college students: the benefits of engagement in a psychosocial wellness seminar. *Journal of American College Health*, 61(2). <https://doi.org/10.1080/07448481.2012.754757>
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., & Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366>

- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol*, *14*, 101–117. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12022716/>
- Cordier, R., Speyer, R., Chen, Y.-W., Wlikes-Gillan, S., Brown, T., B.-T., & H., . . . Leicht, A. (2015). Evaluating the Psychometric Quality of Social Skills Measures : A Systematic Review. *PLoS ONE*, *10*(7), 1–32.
- Correa, S. M. B. B. (2003). *Probabilidade e estatística (Biblioteca)* (2<sup>a</sup>). [http://estpoli.pbworks.com/f/livro\\_probabilidade\\_estatistica\\_2a\\_ed.pdf](http://estpoli.pbworks.com/f/livro_probabilidade_estatistica_2a_ed.pdf)
- Costa, A., Mendes, C., Vieira, D., Nobre, S., Teixeira, S., Lopes, J.&Costa, S. (2017). Avaliação da ansiedade-estado em estudantes universitários de psicologia. *EDUPSI*. <http://edupsi.utad.pt/index.php/component/content/article/79-revista2/162>
- 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).
- Costa, M. (1991). *Contextos sociais de vida e desenvolvimento da identidade* (INIC-Ins).
- Costa, P. M. A. (2009). *Comportamentos de Saúde dos Adolescentes Escolarizados: um estudo efetuado com alunos do 3o ciclo e do ensino secundário*. Universidade do Minho.
- Couto, G., Vandenberghe, L., Tavares, W. M., & Silva, R. L. (2012). Interações e habilidades sociais entre universitários: um estudo correlacional. *Estudos de Psicologia*, *29*, 667–677.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cronbach, L. J. (1988). Internal consistency of tests: Analyses old and new. *Psychometrika*, *53*(1), 63–70. <https://doi.org/10.1007/BF02294194>
- Cunha, S., Esteves, F., Dias, P., & Bento, A. (2005). Conhecimentos, comportamentos e atitudes de jovens, face às bebidas alcoólicas. *Revista Da Associação Portuguesa de Nutricionistas*, *5*, 66–71.
- Cunha, M. (2020). *PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: Saúde Mental Positiva e Literacia em Saúde Mental em análise* [Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2515/1/Marcia\\_Cunha.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2515/1/Marcia_Cunha.pdf)
- Dale, H., Brassington, L., & King, K. (2014). The impact of healthy lifestyle interventions on mental health and wellbeing: a systematic review. *Mental Health Review Journal*, *19*(1), 1–26.

- Dall’Agnol M, Fassa A, F. L. (2011). Child and adolescent labor and smoking: a cross-sectional study in southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2011, 27, 46–56.
- David, M., Melo, M.L., & Malheiros, J. M. S. (2013). Desafios do currículo multicultural na educação superior para indígena. *Educação e Pesquisa*, 39(1), 111–125. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022013000100008>
- De Winter, J. C. F., & Dodou, D. (2010). Five Point Likert Items: t test versus Mann-Whitney-Wilcoxon. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 15(11), 1–16.
- Demers, N. R. (2013). The relationship between exercise and mental health in college students. *Psychiatry Research*, 4(6), 130–141.  
<http://search.proquest.com.ezproxy.library>
- Dias, M.R., Duque, A.F., Silva, M.G. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3(22), 463–473.
- Dias, C. A. R. (2012). *A família na formação da identidade – orientações de futuro* [Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.].  
[https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2591/1/TESE\\_FINAL\\_Carlos Dias.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2591/1/TESE_FINAL_Carlos%20Dias.pdf)
- Dinger, M. K. & Waigandt, A. (1997). Dietary intake and physical activity behaviors of male and female college students. *American Journal of Health Promotion*, 11(5), 360–362.
- Diniz, A. M. & Almeida, L. S. (2006). Adaptação à Universidade em estudantes do primeiro ano: Estudo diacrónico da interação entre o relacionamento com pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, 24(1), 29–38.  
<https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/154>
- Direção Geral da Saúde-DGS. (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-dos-jovens-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde-DGS. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*.  
<https://www.dges.gov.pt/pt>
- Direção Geral da Saúde-DGS. (2019a). *Estilos de vida saudáveis*.  
<https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=%3D%3DBAAAAB%2BLCAAAAAAABABLszU0AwArk10aBAAA%A%3D%3D#saude-de-a-a-z/estilos-de-vida-saudavel>
- Direção Geral da Saúde-DGS. (2019b). *Manual de boas práticas literacia em saúde. Capacitação dos Profissionais de saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude.aspx>
- Direção Geral da Saúde-DGS. (2019c). *Manual de boas práticas literacia em saúde*.

- Capacitação dos Profissionais de saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dosprofissionais-de-saude-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde-DGS. (2019d). *Plano de ação para a literacia em saúde Health literacy action plan Portugal (2019-2020)*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência- DGEEC. (2018). *Perfil do Aluno 2017/2018*. [http://www.dgeec.mec.pt/np4/97/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=147&fileName=DGEEC\\_DSEE\\_2019\\_PERFIL\\_DO\\_ALUNO\\_1718.pdf](http://www.dgeec.mec.pt/np4/97/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=147&fileName=DGEEC_DSEE_2019_PERFIL_DO_ALUNO_1718.pdf)
- Direção Geral do Ensino Superior- DGES. (2021). *Número de diplomados pelo ensino superior cresce pelo quarto ano consecutivo e atinge novo máximo anual de 86 mil novos diplomas em 2019/2020*. [https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/diplomados\\_esuperior\\_2019-2020\\_02jul2021.pdf](https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/diplomados_esuperior_2019-2020_02jul2021.pdf)
- Domingos & Domingos. (2005). Levantamento sobre o uso de álcool e drogas em universitários. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1), 75–82. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100009)
- Dos Santos, A. G., De Jesus, L. M., & Ferreira, C. S. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 79–93). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Dupont, R. L. (2005). *Cérebro, álcool e drogas. O cérebro egoísta: Aprender com dependência* (Instituto).
- Eckstein, D., Künzel, V. & Schäfer, L. (2021). *Índice Global de Risco Climático 2021*. [https://www.germanwatch.org/sites/default/files/Global Climate Risk Index 2021\\_2.pdf](https://www.germanwatch.org/sites/default/files/Global%20Climate%20Risk%20Index%2021_2.pdf)
- Edelman, N., Cassell, J.A., de Visser, R. et al. (2017). Can psychosocial and socio-demographic questions help identify sexual risk among heterosexually-active women of reproductive age? Evidence from Britain’s third National Survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3). *BMC Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3918-8>
- Eduarda Góis. (2019). *Inquérito Nacional de Saúde 2019*. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Apresentação INE\\_SPES\\_INS-21Out2020.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Apresentação%20INE_SPES_INS-21Out2020.pdf)
- Educo. (2019). *El importante papel de los jóvenes en la sociedad actual*. <https://www.educo.org/Blog/El-importante-papel-de-los-jovenes-en-la-sociedad>
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal

- manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1517–1534.
- 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.
- Elsen I, M. S. & S. M. (2002). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. *Eduem*.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed* (W. W. N. & Company (Ed.)).
- Escohotato, A. (2004). *Historia general da las drogas (6ª ed)*. (E. E. Calpe (Ed.)).
- Espanha, R., Avila, P., & Mendes, R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal Relatório Síntese*. [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB\\_FINAL2016.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf)
- Eurostat. (2018). *Relatório: Young people on the labour market in 2016*. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8768233/3-27032018-AP-EN.pdf/3a8861db-939c-4790-a3bc-8837bbbac15c>
- Eurostat. (2019). *Ageing Europe*. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/>
- Evangelista, V. D. M. A., Kadooka, A., Pires, M. L. N., & Constantino, E. P. (2018). Padrões e consumo de álcool entre estudantes universitários. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(2), 192.
- Evans, E. A., & Sullivan, M. A. (2014). Abuse and misuse of antidepressants. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 5, 107–120. <https://doi.org/10.2147/SAR.S37917>
- Expresso. (2019). Jovens são os mais afetados pelo desemprego. *Jornal Expresso*. <https://expresso.pt/sociedade/2019-09-16-Jovens-sao-os-mais-afetados-pelo-desemprego>
- Fay, M. P., & Proschan, M. A. (2010). Wilcoxon-Mann-Whitney or t-test? On assumptions for hypothesis tests and multiple interpretations of decision rules. *Statistics Surveys*, 4, 1–39. <https://projecteuclid.org/journals/statistics-surveys/volume-4/issue-none/Wilcoxon-Mann-Whitney-or-t-test-On-assumptions-for-hypothesis/10.1214/09-SS051.full>
- Fernandes, M. F. & Carvalho, R. . (2020). ). Relação entre variável sociodemográfica e do percurso escolar e a adaptabilidade de carreira de estudante do ensino secundário. *Revista Psicologia*, 63(1). [https://impactum-journals.uc.pt/psicologica/article/view/1647-8606\\_63-1\\_5](https://impactum-journals.uc.pt/psicologica/article/view/1647-8606_63-1_5)
- Fernandes, D. M. F. (2009). *O exercício pode prevenir ou tratar a toxicodependência* [Universidade de Coimbra].

[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/12018/1/David Manuel Ferreira Fernandes.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/12018/1/David%20Manuel%20Ferreira%20Fernandes.pdf)

Fernandes, M. R. T. C. (2013). *Redes Concelhias/Interconcelhias de Bibliotecas: um estudo descritivo baseado em inquérito por questionário* [Instituto Politécnico de Bragança].

[https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7124/3/Diss.Rosário\\_Final3.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7124/3/Diss.Rosário_Final3.pdf)

Ferrando & Goig. (2017). *La popularización del deporte en España: encuestas de hábitos deportivos 1980-2015*.

<https://books.google.pt/books?id=hK88DwAAQBAJ&pg=PA6&lpg=PA6&dq=Centro+de+Investigaciones+Sociológicas+978-84-7476-739-1&source=bl&ots=aozRXt0Xmx&sig=ACfU3U10wYSnmnNId4XhzSgeF74Jtxo-0g&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwi1-vWY2Yf3AhWhQuUKHTKqBzgQ6AF6BAgPEAM#v=one>

Ferreira, J., & Hood, A. (1990). Para a compreensão do desenvolvimento psicossocial do estudante universitário. *Revista Portuguesa de Pedagogia* 24, 391–406.

Ferreira, J. S., Almeida, L. S., & Soares, A. P. C. (2001). Adaptação académica em estudante do 1º ano: diferenças de sexo, situação de estudante e curso. *Psico-USF*, 6(1), 1–10.

Ferreira, J.A., Silva, S., & Ferreira, A. G. (2017). Desenvolvimento do estudante do ensino superior e evolução das percepções de mudanças durante o percurso académico. In *O Ensino Superior Pós Bolonha. Tempo de Balanço, Tempo de Mudança* (Faculdade, pp. 28–43).

[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37062/1/O ENSINO SUPERIOR PÓS BOLONHA.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37062/1/O%20ENSINO%20SUPERIOR%20PÓS%20BOLONHA.pdf)

Ferreira, P.L. & Santana, P. (2003). Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15–30.

Ferreira, A. (2008). (2008). *O Consumo de Álcool e Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior*. Universidade de Aveiro.

Ferreira, G. (2012). Efeitos da atividade física no tratamento de dependentes químicos: uma revisão de literatura. *Lecturas. Educación Física y Deportes*, 15(166).  
<https://efdeportes.com/efd166/atividade-fisica-no-tratamento-de-dependentes-quimicos.htm>

Ferreira, V. (2018). Porque é que os jovens portugueses são os mais predispostos a mudar de cidade ou país para trabalhar? *JPN UP*.

<https://www.jpn.up.pt/2018/03/29/os-jovens-portugueses-sao-os-predispostos-mudar-cidade-pais-trabalhar/>

Ferro, H. (2013). A representação da saúde mental e da doença mental na imprensa portuguesa: um estudo comparativo. *Estudos Em Comunicação*, 6(13), 37–86.

- Fetro, J. V. (2003). Health-literate youth: Evolving challenges for health educators. *American Journal of Health Education*, 41(5), 258–264. <https://doi.org/10.1080/19325037.2010.10599152>
- Fiorino, M.C., Maré, C. L. O. & Bardagi, M. P. (2017). Família e Desenvolvimento de carreira de Jovens adultos no Contexto Brasileiro: Revisão integrativa. . . *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 18(1), 43–55. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v18n1/05.pdf>
- Fisher, S., & Hood, B. (1988). Vulnerability factors in the transition to university: Self-reported mobility history and sex differences as factors in psychological disturbance. *British Journal of Psychology*, 79(3), 309–320. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3167497/>
- Fletcher, R., Fletcher, S. e Wagner, E., E. (2006). *Epidemiologia Clínica – Elementos Essenciais* (Artmed (Ed.)).
- Florêncio, Neto, Carvalho Silva, Florencio Silva, C. et al. (2019). Detecção de problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em universitários. *Portal Atlantica Editora*. <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2442/html>
- Flowers, L.A., Osterlind, S.J., Pascarella, E.T. e Pierson, C. T. (2001). How much do students learn in college? Cross-sectional estimates using the College BASE. *Journal of Higher Education*, 72, 565–583.
- Fonseca, R. S.; Escola, J.; Carvalho, A.; Loureiro, A. (2019). O perfil sociodemográfico dos estudantes universitários: estudo descritivo-correlacional entre uma universidade Portuguesa e Brasileira. *Educ. Foco*, 24(1), 341–366.
- Fonseca, A. (2005). *As grandes tarefas da adolescência são a autonomia e a construção da identidade*. 2005.
- Fonseca, C. (2015). Sexo e adolescência. *Observador*. <https://observador.pt/2015/09/22/sexo-adolescencia-descubra-7-tabus-nao-mexer/>
- Fonte, C. (2006). *Comportamentos Aditivos: Conceito de Droga, Classificações de Drogas E Tipos de Consumo*. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/533/1/104-112FCS2006-10.pdf>
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência. <https://doi.org/10.1017/S1049096506060264>
- Foster, T., Steen, L., O’Ryan, L., & Nelson, J. (2016). Examining how the adlerian life tasks predict anxiety in first-year counseling students. *The Journal of Individual Psychology*, 72(2), 104–120. <http://dx.doi.org/10.1353/jip.2016.0009>
- França, A. & Rodrigues, A. (2005). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*.

Editora Atlas S.A.

- Freitag, R. M. K. (2018). Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? *Revista de Estudos da Linguagem*. *REVISTA DE ESTUDOS DA LINGUAGEM*, 26(2), 667–686.  
[e  
searchgate.net/publication/323709304\\_Amostras\\_sociolinguisticas\\_probabilisticas\\_ou\\_por\\_conveniencia/fulltext/5aa72ac9a6fdccdc46a91fa/Amostras-sociolinguisticas-probabilisticas-ou-por-conveniencia.pdf](https://www.researchgate.net/publication/323709304_Amostras_sociolinguisticas_probabilisticas_ou_por_conveniencia/fulltext/5aa72ac9a6fdccdc46a91fa/Amostras-sociolinguisticas-probabilisticas-ou-por-conveniencia.pdf)
- Freitas, H. C. N. M, Raposo, N. A. V., & Almeida, L. S. (2007). Adaptação do estudante ao ensino superior e rendimento acadêmico: Um estudo com estudantes do primeiro ano de enfermagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(1), 179–188.
- Freitas, L. C. (2011). *Habilidades sociais de crianças com diferentes necessidades educacionais especiais: comparações múltiplas* [Universidade Federal de São Carlos- Brasil].  
<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/2883/3780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Frias. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15–24.
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2–18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203–204.  
<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/91.pdf>
- Galvão, A., Costa, C., Gomes, M. J., & Noné, A. R. (2016). Literacia sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU): estudo exploratório em estudantes da área da saúde do ensino superior. *3º Congresso Da Ordem Dos Psicólogos Portugueses*, 5–16.
- Galvao, A., Noné, A. R., & Gomes, M. J. (2016). Alcoholism and coping strategies among IPB students. *Proceedings of the International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences*, 165–171.
- Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, Stress e Depressão Relacionados Com Perturbações do Sono-Vigília e Consumo de Álcool em Alunos do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5 (5), 8–12. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0160>
- Galvão, A.; Pina, A. & Pinheiro, M. (2021). Atitudes, comportamentos de saúde, vivências académicas e leteracia em estudantes do ensino superior: estudo empírico. In E. médicas Euromédice (Ed.), A. Galvão (Coord.). *Literacia em saúde e autocuidados: Evidências que projetam a prática clínica* (pp. 197–210).



- Galvão & Florêncio Castro. (2021). Literacia em saúde, avaliação e intervenção-estado da arte. In E. médicas Euromédice (Ed.), *CasaRemédioCuidados de saúdePesquisa ClínicaConformidade regulatóriaestudo clínicoPesquisa em saúdeSaúde públicaPrática clínica CapítuloPDF disponível Literacia em saúde e autocuidado* In: A.Galvão (Coord.) (pp. 9–28).
- Galvão, A., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2017). Mental health and sleep-vigil disturbances in high school students : sleep hygiene consultation. *Proceedings of the II International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences*, 707–712.
- García-Ferrando M, L.-G. R. (2011). *Ideal democrático y bienestar personal: encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010*. Consejo Superior de Deportes, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García-Viniegras, C. & Benitez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación com otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586–592.
- Garcia, I. (2018). A dependência química no contexto familiar -Uma análise do relato de três mães. *Psicologia.Pt*. [https://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?a-dependencia-quimica-no-contexto-familiar-uma-analise-do-relato-de-tres-maes&codigo=A1198&area=D12A](https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?a-dependencia-quimica-no-contexto-familiar-uma-analise-do-relato-de-tres-maes&codigo=A1198&area=D12A)
- Gelo, O., Braakmann, D., & Benetka, G. (2008). Quantitative and qualitative research: Beyond the debate. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42(3), 266–290. <https://doi.org/10.1007/s12124-008-9078-3>
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito: teoria e prática*. Celta.
- Gigliotti, A A., Guimarães, A. (2007). *Dependência, Compulsão e Impulsividade*. ED Rubio.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, I. (2012). *Transição do ensino secundário para o ensino superior - Núcleo de Apoio Psicológico, IST. Acedido em julho 15, 2019 em* [https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Transicao\\_do\\_ensino\\_secundario.pdf](https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Transicao_do_ensino_secundario.pdf). [https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Transicao\\_do\\_ensino\\_secundario.pdf](https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Transicao_do_ensino_secundario.pdf)
- Gonzalez, B. & Pais Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de

- personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 107–127.  
[https://www.researchgate.net/publication/40004078\\_Comportamentos\\_de\\_saude\\_e\\_dimensoes\\_de\\_personalidade\\_em\\_jovens\\_estudantes\\_universitarias](https://www.researchgate.net/publication/40004078_Comportamentos_de_saude_e_dimensoes_de_personalidade_em_jovens_estudantes_universitarias)
- Grácio, J. C. G. (2009). “*Determinantes do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do ensino superior de Coimbra.*” Universidade de Coimbra.
- Grazziotin, J. B., & Scortegagna, S. A. (2013). Relacionamento interpessoal, produtividade e habilidades sociais: um estudo correlacional. *Psico-USP, Bragança Paulista*, 18(3), 491–500.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). Univariate Data Analysis. Exploratory Data Analysis in Business and Economics. In *Análise Exploratória de Dados em Negócios e Economia*. Springe.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-01517-0\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-01517-0_3)
- Ham & Hope. (2003). Estudantes universitários e bebidas problemáticas: Uma revisão da literatura. *Revisão de Psicologia Clínica*, 23, 719–759.  
[https://www.researchgate.net/publication/10569464\\_College\\_Students\\_and\\_Problematic\\_Drinking\\_A\\_Review\\_of\\_the\\_Literature](https://www.researchgate.net/publication/10569464_College_Students_and_Problematic_Drinking_A_Review_of_the_Literature)
- Hancox, R. J., Milne, B. J., & Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: A longitudinal birth cohort study. *The Lancet*, 364, 257–262.
- Henriques, S. (2002). Risco cultivado no consumo de novas drogas. *Sociologia*, 40, 63–85.
- Hetem, L. (2004). Transtornos de ansiedade. In *Epidemiologia*. Atheneu.
- HLS-EU Consortium. (2015). *Comparative report of health literacy in eight EU member states*. <http://www.health-literacy.eu>
- Horta, . Horta &. (2012). Questionnaire S. Uso de drogas e sofrimento psíquico numa universidade do Sul do Brasi. *Psicologia Em Revista*, 18, 264–276.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3–10.  
[https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(09\)00340-1/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(09)00340-1/fulltext)
- IBM Corp. Released. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*.
- Instituto de la Juventud de España- INJUVE. (2017). *Relatório Juventude em Espanha*.  
<http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>
- Instituto de la Juventud de España- INJUVE. (2019). *Que és Injuve?*  
<http://www.injuve.es/conocenos/injuve>

- Instituto Nacional de Estadística - INE. (2021). *Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad*. Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9689>
- Instituto Português do Desporto e da Juventude-IPDJ. (2020). *O IPDJ*. <http://www.ipdj.pt/>
- InterNations. (2019). Expat Insider 2019: O Ano dos Campeões Ocultos. In *InterNations*. [https://cms-internationsgmbh.netdna-ssl.com/cdn/file/cms-media/public/2019-09/Expat-Insider-2019\\_The-InterNations-Survey\\_0.pdf](https://cms-internationsgmbh.netdna-ssl.com/cdn/file/cms-media/public/2019-09/Expat-Insider-2019_The-InterNations-Survey_0.pdf)
- IPDJ. (2019). *Programa Cuida-te+*. <https://ipdj.gov.pt/o-programa>
- Jekel, J.F., Katz, D.L. e Elmore, J. G. (2005). *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva*. Artmed.
- Johnson, RM, Fairman, B., Gilreath, T., Xuan, Z., Rothman, EF, Parnham, T., & Furr- Holden, C. (2015). Past 15-year trends in adolescent marijuana use: differences by race/ethnicity and sex. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.025>
- Jordão, I. (2017). *Literacia e suas repercussões nos custos em saúde*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186.
- Juventud Uso. (2020). *SITUACIÓN SOCIOLABORAL DE LA JUVENTUD EN ESPAÑA 2019-2020*. <https://www.uso.es/wp-content/uploads/2020/08/sindicato-uso-informe-dia-juventud-12-agosto-2020.pdf>
- Kalra, G., Christodoulou, G., Jenkins, R., Tsipas, V., Christodoulou, N., Lecic-Tosevski, D., ... Bhugra, D. (2012). Mental health promotion: Guidance and strategies. *European Psychiatry*, 27(2), 81–86.
- Kaparounaki, C. K., Patsali, M. E., Mousa, D. V., Papadopoulou, E. V., Papadopoulou, K. K., & Fountoulakis, K. N. (2020). University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. *Psychiatry Research*, 290. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517812031413X?via%3Dihub>
- Kapil, V., Green, J. L., Le Lait, C., Wood, D. M., & Dargan, P. I. (2014). Misuse of benzodiazepines and Z-drugs in the UK. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 205(5), 407–408. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25061118/>
- Keller, S. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Prev. Med*, 46, 189–195.

- Kelly, C. M., Mithen, J. M., Fischer, J. A., Kitchener, B. A., Jorm, A. F., Lowe, A. & Scanlan, C. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(4).  
<https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-4>
- Kenari. (2014). Effect of Exercise on Mental Health in the Physical Dimension, Anxiety and Mental Disorder, Social Dysfunction and Depression. *Advances in Applied Sociology*, 4, 63–68. [https://www.scirp.org/pdf/AASoci\\_2014030710533333.pdf](https://www.scirp.org/pdf/AASoci_2014030710533333.pdf)
- Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, P. C. (2008). Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 65, 674–682.
- Keyes, C., Dhingra, S. & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366–2371.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). *Health literacy: the solid facts*. WHO Regional Office for Europe.
- Kickbusch, I. (2004). Improving Health Literacy in the European Union: towards a Europe of informed and active health citizens. *European Health Forum Gastein 2004 – Special Interest Session Improving, (October)*, 1–16.
- Kim, N., Fischer, A. H., Dyring-Andersen, B., Rosner, B., & Okoye, G. A. (2017). Research Techniques Made Simple: Choosing Appropriate Statistical Methods for Clinical Research. *Journal of Investigative Dermatology*, 13(10), e173–e178.  
<https://doi.org/10.1016/j.jid.2017.08.007>
- Kuh, G. D., Kinzie, J., Buckley, J., Bridges, B. K. & Hayek, J. C. (2006). What Matters to Student Success: A Review of the Literature. In NPEC (Ed.), *Commissioned Report for the National Symposium on Postsecondary Student Success: Spearheading a Dialog on Student Success*.
- Large, M. M., & Nielssen, O. B. (2013). Cannabis and mental health. *Medicine Today*.  
<https://www.bmj.com/content/325/7374/1183>
- Lavado Calado & Feijão. (2019). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências*.  
[https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/207/Apresentação\\_do\\_estudo.pdf](https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/207/Apresentação_do_estudo.pdf)
- Lazarus & Folkman. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

- Lee, J., Jeong, H. J., & Kim, S. (2021). Stress, anxiety, and depression among undergraduate students during the COVID-19 pandemic and their use of mental health services. *Innovative Higher Education*, 1–20.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10755-021-09552-y>
- Leiva et al. (2017). Ejercicio físico y calidad de vida en estudiantes universitarios (Alberto Paramio Leiva, Paloma Gil-Olarte Márquez, Cristina Guerrero Rodríguez, José M. Mestre Navas, Rocío Guil Bozal). *Revista de Psicología*.  
<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEPA/article/view/956>
- Lemos, M. S., & Meneses, H. I. (2002). A Avaliação da Competência Social: Versão Portuguesa da Forma para Professores do SSRS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 267–274.
- Leonel Preto. (2002). *Consumo de substâncias psicoactivas em estudantes do ensino superior do distrito de Bragança: a influência dos factores psicossociais e do desenvolvimento da autonomia* [Instituto Superior Miguel Torga].  
[https://www.researchgate.net/publication/277110182\\_Consumo\\_de\\_substancias\\_p\\_sicoactivas\\_em\\_estudantes\\_do\\_ensino\\_superior\\_do\\_distrito\\_de\\_Braganca\\_a\\_influencia\\_dos\\_factores\\_psicossociais\\_e\\_do\\_desenvolvimento\\_da\\_autonomia](https://www.researchgate.net/publication/277110182_Consumo_de_substancias_p_sicoactivas_em_estudantes_do_ensino_superior_do_distrito_de_Braganca_a_influencia_dos_factores_psicossociais_e_do_desenvolvimento_da_autonomia)
- Levinson, D. J. (1978). *The seasons of a man's life*. Ballantine.
- Lipp, M. E., & Malagris, L. E. N. (2001). O estresse emocional e seu tratamento. In B. Range (Org.) *Terapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 475–489). Artmed.
- Lipp, M. E. (2006). Teoria de temas de vida do stress recente e crónico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 26(3), 82–93.
- LOBLET, M. [et al. -. (2011). Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 467–475.
- Lobo, M. M. C. (2008). *Padrões de consumo em estudantes da universidade de Coimbra: Fatores associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas*. Universidade de Coimbra.
- Lomba, L., Mendes, F., & Relvas, J. (2006). *Novas Drogas e Ambientes Recreativos* (Lusociências (Ed.)). Edições Técnicas e Científicas.
- Lomba L, Apóstolo J, M. F. (2009). Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, 24(1), 309–326.
- Lomba, M. L. (2012). *Consumo de substâncias psicoativas e comportamentos de risco em jovens frequentadores de ambientes recreativos nocturnos - Contributos para uma intervenção de enfermagem* [Universidade do Porto].  
<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/30616.pdf>

- Lopes, A. P. & Rezende, M. M. (2014). Consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino médio. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 24–40.
- Lopes, R., Melo, R., Brito, I., Freitas, H., Vidigueira, P., Neves, M., Amado, R. Carrageta, M. C., & Pedroso, M. N. R. (2008). Avaliar comportamentos de risco para intervir junto dos estudantes do ensino superior. *INFAD Revista de Psicología*, 1(4), 565–574. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832319062.pdf>
- Loureiro, L., Sequeira, C., Rosa, A., & Gomes, S. (2015). Rótulos Psiquiátricos: “Bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada... ..” *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 40, 40–46.
- Loureiro, L. Pedreiro, A. Correia, S. & Mendes, A. (2012). Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 13–17.
- Loureiro, A. (2018). *Literacia e Saúde Mental Positiva*. Universidade do Porto.
- Loureiro, L. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Rev Enferm Ref*, 3(6), 157–166.
- Lourenço, V., Duarte, A., Nunes, A., Amaral, A., Gonçalves, C., Mota, M. ., & Mendes, R. (2019). *PISA 2018 – PORTUGAL. Relatório Nacional*. [https://www.cnedu.pt/content/noticias/internacional/RELATORIO\\_NACIONAL\\_PISA2018\\_IAVE.pdf](https://www.cnedu.pt/content/noticias/internacional/RELATORIO_NACIONAL_PISA2018_IAVE.pdf)
- Lovibond, & Lovibond, P. (1996). *Manual for the Depression, Anxiety and Stress Scales*. Sydney: *Psychology Foundation of Australia*.
- Lührmann, Anna, Lisa Gastaldi, Sandra Grahn, Staffan I. Lindberg, Laura Maxwell, Valeriya Mechkova, Richard Morgan, N. S. & S. P. (2019). *V-Dem Annual Democracy Report 2019*. [https://www.v-dem.net/static/website/files/dr/dr\\_2019.pdf](https://www.v-dem.net/static/website/files/dr/dr_2019.pdf)
- 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*, 4663–4669. <https://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c346.pdf>.
- Malagodi, G. & S. (2018). Análise do equilíbrio corporal e aptidão física de indivíduos em tratamento para dependência química. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 23, 1–9. <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/12422/10851>
- Malbergier, A., Cardoso, L., & Amaral, R. (2012). Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. *Cadernos Da Saúde Pública*, 28(4), 678–688.
- Malta DC, Mascarenhas MD, Porto DL, Barreto SM, M. N. O. (2014). Exposure to alcohol among adolescent students and associated factors. *Rev Saude Publica*,

48(1), 52–62.

Mancebo, D. (2016). Expansão da Educação Superior – balanço, perspectiva e desafios. *Revista Brasileira de Política e Administração Da Educação*, 32(3), 645 – 652. <https://seer.ufrgs.br/index.php/rbpaee/article/view/70261/39674>

Marchi, Bárbaro, M. & tirapelli. (2013). Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 731–739. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/18924/15499>

Marcia, J. (1990). Development and validation of ego-identity status. In R. Muuss (Ed.). *Adolescent behavior and society* (pp. 194–201). McGraw-Hill Publishing Company.

Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria RS*, 25, 65–74. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>

Marinho-Araujo, C. M., Fleith, D. de S., Almeida, L. S., Bisinoto, C., & Rabelo, M. L. (2015). Avaliação Psicológica. *Adaptação Da Escala Expectativas Acadêmicas de Estudantes Ingressantes Na Educação Superior*, 14(1), 133–141. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v14n1/v14n1a16.pdf>

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – com utilização do SPSS (3ª Edição)*. Edições Sílabo.

Marques, G., Drissi, N., Díez, I. D., De Abajo, B. S., & Ouhbi, S. (2021). Impact of COVID-19 on the psychological health of university students in Spain and their attitudes toward mobile mental health solutions. *International Journal of Medical Informatics*, 147, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104369>

Martins, J. S., Coelho, M. S., & Ferreira, J. A. (2010). Hábitos de consumo de álcool em estudantes do ensino superior universitário: Alguns dados empíricos. *Psicologica*, 53(19), 397–411.

Mateus, A., Lopes, A., Santos, A. P., Nóbrega, C., Sousa, C., Costa, D., Carqueja, E., Gomes, E. J., Soares, I., Crispim, J. N., Brissos-Lino, J., Alho, L., Graça, L., Carvalho, L., Minas, M., Perquilhas, M., Ribeiro, M. T., Simões, M. R., Silva, M., Vice, V. (2020). *A psicologia da pandemia: Compreender e enfrentar a COVID-19*.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Reis, M., Ramiro, L., Pereira, S., & Morais, M. (2010). O comportamento sexual dos adolescentes portugueses – estudo. HBSC/OMS. In Matos, M.G., & Equipa do Aventura Social (eds). *Sexualidade: Afecto, Cultura e Saúde* (pp. 93–158). Portugal: Coisas de Ler.

Matos, M. [et al. . (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses: quatro anos depois: relatório português do estudo HBSC 2002 / coord. Margarida Gaspar de Matos [et al.*

- McCrum-Gardner, E. (2008). Which is the correct statistical test to use? *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46(1), 38–41.  
<https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2007.09.002>
- McGovern, M. K. (2005). The effects of exercise on the brain. *Serendip. Brymawr. Edu*, 35(4), 363–373.
- Medeiros, M. T. (2005). *Psicologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto. Relatório apresentado à Universidade dos Açores para efeitos de provas públicas ao título de Professora Agregada.*
- Meleis, A. et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company* (E. Springer (Ed.)).
- Mendes, F. e Lopes, M. (2014). Vulnerabilidades em Saúde: o Diagnóstico dos Caloiros de uma Universidade Portuguesa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(1), 74-82.
- Mendonça, A. R. C. H.; Jesus, C. V. F.; Figueiredo, M. B. G. A.; Valido, D. P.; Nunes, M. A. P.; Lima, S. O. (2020). Consumo de álcool e fatores associados ao binge drinking entre universitárias da área de saúde. *Esc Anna Nery*, 2(1).  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/QwqdrnS9qCJmwdT9CD9jBTj/?lang=pt&format=pdf>
- Merrell, K. (2008). *Helping Students overcome depression and anxiety: a practical guide.*(2<sup>a</sup> Ed). Guilford press.
- Mesquita AM, Lemes AG, Carrijo MVN, M. A. de, & M, Couto DS, Rocha EM da, et al. (2015). Depression among students of health courses at a university in Mato Grosso. *J Heal NPEPS*, 1(2), 208–213.
- Michael, K. D., Huelsman, T., Gerard, C., Gilligan, T. M., & Gustafson, M. R. (2006). Depression among college students: Trends in prevalence and treatment seeking. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 3(2), 60–70.
- Michael E, Newcomb MB, Heather LC, B. M. (2014). Sexual orientation, gender, and racial differences in illicit drug use in a sample of us high school students. *American J Public Health*.
- Miller, L. & Wei, L. (2018). *Estas são as economias com os cuidados de saúde mais (e menos) eficientes.* Bloomberg Quint. <https://www.bloombergquint.com/global-economics/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>
- Mills, J., Kroner, D. (2006). Impression management and self-report among violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2).  
<https://doi.org/10.1177%2F0886260505282288>



- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209\\_ESTRATEGIA\\_N.ADICCIONES\\_2017-2024\\_\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf)
- Ministerio de Universidades. (2021). *Datos y cifras del Sistema Universitario Español*.  
[https://www.universidades.gob.es/stfls/universidades/Estadisticas/ficheros/Datos\\_Cifras\\_2020-21.pdf](https://www.universidades.gob.es/stfls/universidades/Estadisticas/ficheros/Datos_Cifras_2020-21.pdf)
- Miranda, B. , Araujo Resende, K., Godoi Campos, C., Henrique Duarte, S., & Bezerra Cavalcante, R., & Miranda Machado, R. (2015). USO DE DROGAS PISCOTRÓPICAS POR ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS. *Cogitare Enfermagem*, 20(4), 750–757.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647681011>
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2009). Adultez emergente: Na fronteira entre a adolescência e a adultez. *Revista @mbienteeducação*, 2(1), 129–137.
- Monteiro, I. (2012). *Depressão: Porque uns deprimem e outros não?* Climepsi.
- Moore, D. S., McCabe, G. P., & Craig, B. A. (2009). *Introduction to the Practice of Statistics*.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde mental – do tratamento à intervenção*. Porto Editora.
- Mota, M. E. da. (2005). Psicologia do Desenvolvimento: uma perspectiva histórica. *Temas Em Psicologia*, 13(2), 105 – 111.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v13n2/v13n2a03.pdf>
- Motta, L. J., Bussadori, S. K., Godoy, C. L. H. D., Biazotto-Gonzalez, D. A., Martins, M. D., & Silva, R. S. (2015). Temporomandibular disorder according to the level of anxiety in adolescents. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 389–395.
- Mowbray, C. T., Megivern, D., Mandiberg, J. M., Strauss, S., Stein, C. H., Collins, K., Kopels, S., Curlin, C. & Lett, R. (2006). Campus mental health services: recommendations for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 226–237. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16719642/>
- Mullins, T. L. K., Widdice, L. E., Rosenthal, S. L., Zimet, G. D., & Kahn, J. A. (2016). *Risk Perceptions, Sexual Attitudes, and Sexual Behavior after HPV Vaccination in 11–12 Year-Old Girls*. 33(32), 3907–3912.
- Mutiso, V. N., Musyimi, C. W., Krolinski, P., Neher, C. M., Musau, A. M., Tele, A., & Ndeti, D. M. (2019). Relationship between Bullying, Substance Use, Psychiatric Disorders, and Social Problems in a Sample of Kenyan Secondary Schools. *Prevention Science*, 20(4), 544–554. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-01014-4>

- Nachar, N. (2016). The Mann-Whitney U: A Test for Assessing Whether Two Independent Samples Come from the Same Distribution. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 4(1), 13–20.  
<https://www.tqmp.org/RegularArticles/vol04-1/p013/>
- Nações Unidas. (2016). *Nações Unidas*.  
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/>
- Nadelson, L. S., Semmelroth, C., Martinez, G. Featherstone, M., Fuhriman, C. A., & Sell, A. (2013). Why did they come here? The influences and expectations of first-year students' college experience. *Higher Education Studies*, 3(1), 50–62.  
<https://www.ccsenet.org/journal/index.php/hes/article/view/24248>
- Naves, R. M., Rotundo, R. C., Carvalho, K. D., & Baia, F. H. (2011). Treinamento de habilidades sociais em grupo: Uma Intervenção com Tarefas Lúdicas. *Psicologia Em Pesquisa*, 5(1), 39-50.
- Nayak, B. K., & Hazra, A. (2011). How to choose the right statistical test? *Indian Journal of Ophthalmology*, 59(2), 85–86.  
[https://journals.lww.com/ijo/Fulltext/2011/59020/How\\_to\\_choose\\_the\\_right\\_statistical\\_test\\_1.aspx](https://journals.lww.com/ijo/Fulltext/2011/59020/How_to_choose_the_right_statistical_test_1.aspx)
- Negovan, V., & Bagana, E. (2011). A comparison of relationship between self esteem and vulnerability to depression among high school and freshmen university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042811020829>
- Neri, A. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Alínea.
- Neves, M. C. & Dalgalarondo, P. (2007). Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 237–244.  
<https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000400001>
- Nogueira, M., & Sequeira, C. (2017). A Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Relação com o género, nível socioeconómico e os comportamentos de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 51–56.
- Nogueira, M. (2017). *Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade* [Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal].  
file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Poster\_ASPEM\_SM\_29set (1).pdf
- Nossa Causa. (2018). *Fórum económico mundial- Comunidade Global Shapers*.  
<https://nossacausa.com/forum-economico-mundial-busca-voluntarios/>
- Nunes, S.M., & Garcia, A. . (2010). Estudantes do ensino superior : as relações pessoais e interpessoais. *GESTIN: Revista Da Escola Superior de Gestão*, 8, 195–203.  
<https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/514>
- Nursing Theories. (2009). *Nursing Theories*.  
[http://currentnursing.com/nursing\\_theory/health\\_promotion\\_model.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.html)

- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349–364.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. In *Social Science and Medicine*, 67(12). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência-EMDCDDA. (2019). *Relatório Europeu sobre Drogas 2019: Tendências e evoluções*.  
[https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724\\_TDAT19001PTN\\_PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001PTN_PDF.pdf)
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - EMDCDDA. (2021a). *Relatório Europeu sobre Drogas 2021: Tendências e Evoluções*.  
<https://doi.org/10.2810/222511>
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - EMDCDDA. (2021b). *Relatório Europeu sobre Drogas Tendências e Evoluções*.  
[https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256\\_PT\\_03.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_PT_03.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2012). Crise e Saúde, Um País em Sofrimento. In O. P. dos S. de Saúde (Ed.), *Relatório de Primavera 2012* (pp. 78–88). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde (2ª ed.)*. Climepsi Editores.
- Olivari, C., & Guzmán-González, M. (2017). Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Revista Chilena de Pedia-Tría*, 88(3), 324–331.
- Oliveira, C. T. de, Carlotto, R. C., & Dias, S. J. L. V. A. C. G. (2014). Adaptação Acadêmica e Coping em Estudantes Universitários Brasileiros: Uma Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 15(2), 177–186.
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel M. & Neri, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia Em Estudo*, 11(2), 351–359.
- Oliveira, L., Alberghini, D., Santos, B., & Andrade, A. (2013). Polydrug use among college students in Brazil: A nationwide survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 221–230.

- Onwuegbuzie, A., & Leech, N. (2005). On becoming a pragmatic researcher: The importance of combining quantitative and qualitative research methodologies. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(5), 375–387. <https://doi.org/10.1080/13645570500402447>
- Ordem dos Enfermeiros - OE. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Organização Nacional de Transplantes - ONT. (2018). *Transplantes*. <http://www.ont.es/Paginas/Home.aspx>
- Oswalt, S., Cameron, K., & Koob, J. (2005). Sexual Regret in College Students. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 663–669.
- Pacheco, N. (2012). *A sexualidade dos jovens estudantes universitários portugueses* [Universidade da Beira Interior]. [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3975/1/A sexualidade dos jovens estudantes universitários portugueses\\_Natália Nogueira .pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3975/1/A%20sexualidade%20dos%20jovens%20estudantes%20universit%C3%A1rios%20portugueses_Nat%C3%A1lia%20Nogueira.pdf)
- Paduani, G., Silva, C. H. M., Moraes, N. M. & Pinto, R. M. C. (2008). *Qualidade de vida de crianças e adolescentes autistas*.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contributos para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229–239. <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/76.pdf>
- Pais Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Quarteto.
- Papalia, O. & F. (2006). *Desenvolvimento humano*.
- Paranhos, M. & Werlang, B. (2009). Diagnóstico e intensidade da depressão. *Babarói*, 31, 111–125.
- Pascarella, E., & Chapman, D. (1983). A multiinstitutional, path analytic validation of Tinto's model of college withdrawal. *American Educational Research Journal*, 20(1), 87–102.
- Pascarella, E., & Terenzini, P. T. (2005). *How college affects students. Vol. 2: A third decade of research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Pascarella, E. & Terenzini, P. (1991). *How college affects students: findings and insights from twenty years of research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Patrick, M.E., & Maggs, J. L. (2009). Does drinking lead to sex? Daily alcohol-sex behaviors and expectancies among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2009), 472–481.

- Patrick, M.E., Maggs, J.L., Abar, C. . (2007). Reasons to have sex, personal goals, and sexual behavior during the transition to college. *Journal of Sex Research*, 44, 240–249.
- Paz, F. M. & Colossi, P. (2013). Aspectos da dinâmica familiar com dependência química. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 551–558.  
<https://www.scielo.br/j/epsic/a/hSfRJVTrXD3Jrt7nP9ZkRGw/?format=pdf&lang=pt>
- Pedroso- Lima, M., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A., Costa, J., Costa, M., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caraterização em função da idade, género e escolaridade. *Revista Da Associação Portuguesa de Psicologia*, 28(2), 1–10.
- Peixoto. A. (2017). *Habilidades Sociais de Estudantes Universitários: Caraterização e Correlatos Sociodemográficos e de Personalidade* [Universidade Fernando Pessoa].  
[https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6087/1/DM\\_Ana Carina Peixoto.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6087/1/DM_Ana%20Carina%20Peixoto.pdf)
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M. A. (2006). *Promoção de Saúde na Prática de Enfermagem 5ª ed.*
- Pereira, A., Motta, E., Vaz, a, Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A. C., ... Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 1(24), 51–59. <https://doi.org/10.14417/ap.152>
- Pereira, A. (2005). *Para obter sucesso na vida académica: Apoio dos estudantes pares.* (UA Editora).
- Pereira, M. M. (2003). *Consumo de Álcool na Adolescência e Relações Parentais. Interações.* Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS (4ª Edição).*
- Pillon S, O'brien B, C. K. (2005). The relationship between drugs use and risk behaviours in Brazilian university students. *Rev Latinoam Enfermagem*, 13, 1169–1176.  
[https://www.researchgate.net/publication/7275394\\_The\\_relationship\\_between\\_drugs\\_use\\_and\\_risk\\_behaviors\\_in\\_Brazilian\\_university\\_students](https://www.researchgate.net/publication/7275394_The_relationship_between_drugs_use_and_risk_behaviors_in_Brazilian_university_students)
- Pillon, S. [et al. . (2004). Modelos Explicativos ao Fenómeno do uso do Álcool e Drogas. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 12(4), 676–682.
- Pimentel, M.H., Mata, M. A. P., & Anes, E. J. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 185–204.  
[https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9297/3/ATT00058 Prof. Helena.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9297/3/ATT00058%20Prof.%20Helena.pdf)
- Pinheiro, A. e M. (2016). Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida

no uso de drogas em adolescentes. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 12(i3), 178–187. file:///C:/Users/lopes/Downloads/120790-Texto do artigo-224678-1-10-20160915.pdf

Pinheiro, M. (1994). *O domínio das emoções e o desenvolvimento da autonomia: contributos para o estudo do desenvolvimento psicossocial do estudante universitário*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T. & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psic., Saúde & Doenças*, 16(2). file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/385 (1).pdf

Poeta, M. (2018). *Comportamentos de saúde e indicadores de saúde mental em estudantes universitários* [Universidade da Beira Interior]. [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/9895/1/6589\\_14347.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/9895/1/6589_14347.pdf)

PORDATA. (2018). *PORDATA*. <https://www.pordata.pt/DB/Ambiente+de+Consulta/Nova+Consulta>

PORDATA a). (2019). *PORDATA*. <https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente++média+anual+total+e+por+grupo+etário-10>

Porta-Nova, R. M. M. M. (2009). *Adaptabilidade, competências pessoais e bem-estar psicológico de jovens do ensino superior na área das ciências da saúde*. [Instituto de Ciências Biomédicas, Abel Salazar, Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24450/2/Dissertao de Doutoramento Rui PortaNova.pdf>

Porto, A.M.P., & Soares, A. B. (2017). Expectativas e adaptação académica em estudantes universitários. *Psicologia: Teoria e Prática*, 19(1), 208–219. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v19n1/v19n1a11.pdf>

Post R. M., & Kalivas, P. (2013). Bipolar disorder and substance misuse: pathological and therapeutic implications of their comorbidity and cross-sensitisation. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 172–176.

Pratta & Santos. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 315–322. <https://www.scielo.br/j/epsic/a/J7nc4VfqSXZ6W3rmnJfyyYw/?format=pdf&lang=pt>

Proctor, N., Hamer, H., McGarry, D., Wilson, R., & Froggatt, T. (2014). *Mental Health: A person-centred approach*.

Programme for International Student Assessment - PISA. (2015). *Programme for International Student Assessment*. PISA (Programme for International Student Assessment) (2012-2015).

- QS World University Ranking. (2019). *QS World University Ranking*.  
<https://www.topuniversities.com/university-rankings/world-university-rankings/2019>
- Quevedo, J. & Silva, A. G. (2013). *Depressão: teoria e clínica*.
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2014). Prevalence of sexual problems in Portugal: Results of a population-based study using a stratified sample of men aged 18 to 70 years. *Journal of Sex Research*, 5(1), 13-21.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2012.744953>
- Quintero, M., Garcia, C., Jiménez, V., & Ortiz, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 31(1), 17–26.
- Rafal, G., Amy Gatto & DeBate, R. (2018). Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students. *Journal of American College Health*, 66(2), 284–291. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1434780>
- Ramos, S. I. V., & Carvalho, A. J. R. (2008). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. *Psicologia*.  
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>
- Ramos, S. (2013). Níveis e principais manifestações de ansiedade face às avaliações dos alunos do ensino superior. *Psicologia.Pt*.  
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0665.pdf>
- Reis, M. (2012a). Knowledge and attitude towards contraceptive methods and STIs among youngsters. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias Da Saúde*, 23–35.
- Reis, M. (2012b). *Promoção da Saúde Sexual em Jovens Universitários Portugueses – Conhecimentos e Atitudes face à Contraceção e à Prevenção das ISTs* [Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa].  
<http://hdl.handle.net/10400.5/5169>
- Ribeiro, E., Pereira, A. R., Gonçalves, M. M., & Sampaio, A. (2020). *Impacto psicológico da pandemia em estudantes universitários e a linha de apoio psicológico SOS COVID-19 (Apsi-Uminho e Epsi)*. *A Universidade do Minho em tempos de pandemia: Tomo II: Re(Ações)*. <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.24.2>
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Dstress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*.
- Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3ª ed.
- Ribeiro, José Luís Pais, Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Dstress (EADS) de 21

- itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. V. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian E-Journal of the Advancement of Mental Health*, 4(3), 1–34.
- Roberts SJ, Glod CA, Dean F, Kim R, S. B., & Houchell J, et al. (2010). Relationships between aggression, depression, and alcohol, tobacco: Implications for healthcare providers in student health. *J Am Acad Nurse Pract*, 22(369–375).
- Rodrigues, M. (2006). *Adaptação académica e consumo de substâncias psicoactivas em estudantes do ensino superior*. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Rodrigues, P. J. da R. (2013). *Vulnerabilidade ao stress, qualidade do sono, fadiga e consumo de substâncias em estudantes universitários* [Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz].  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6140/1/2013\\_Rodrigues%2C Paulo Jorge da Rocha.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6140/1/2013_Rodrigues%2C%20Paulo%20Jorge%20da%20Rocha.pdf)
- Roett & Coleman. (2013). Practice improvement, part II: health literacy. *FP Essentials*, 414, 19–24.
- Rosa, A., Gomes, S., & Carvalho, M. (2000). *Toxicoddependência: Arte de Cuidar*.
- Ruiz-Cabello, A. (2015). *La alfabetización en salud de la población española: variables relacionadas según los resultados del proyecto europeo de alfabetización en salud*.  
[https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/45841/1/tesis Aurelio Luna Ruiz-Cabello.pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/45841/1/tesis%20Aurelio%20Luna%20Ruiz-Cabello.pdf)
- Saadeh, H., Saadeh, M., Almobaideen, W., Al Refaei, A., Shewaikani, N., A., & Fayed, R. Q., Khawaldah, H., Abu-Shanab, S., & Al-Hussaini, M. (2021). Effect of COVID-19 quarantine on the sleep quality and the depressive symptom levels of university students in Jordan during the spring of 2020. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1–13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.605676/full>
- Salman, M., Asif, N., Mustafa, Z. U., Khan, T. M., Shehzadi, N., Hussain, K., Tahir, H., Raza, M. H., & Khan, M. T. (2020). Psychological Impact of COVID-19 on Pakistani University Students and How They Are Coping. *MedRxiv*.  
<https://doi.org/10.1101/2020.05.21.20108647>
- Sanchez, Z.V.D.M., Oliveira, L.G. & Nappo, S. A. (2005). Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Rev Saúde Pública*, 39, 599–605.
- Sant'Anna, M J., Carvalho, K., Passarelli, M. & Coates, V. (2008). Comportamento sexual entre jovens universitários. *Revista Oficial Do Núcleo de Estudos Da Saúde Do Adolescente/UERJ*, 5(2). <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesauade.com/pdf/v5n2a10.pdf>
- Santos, A.A.A, Polydoro, S.A.J., Scortegna, S.A., Linden, M. . (2013). Integração ao



- ensino superior e satisfação acadêmica em universitários. *Revista Psicologia: Ciências e Profissão*, 33(4), 780–793.  
<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n4/v33n4a02.pdf>
- Santos, G. K. N. & Macena, M. S. S. (2016). Construção de identidade e escolha profissional em adolescentes. *Anais. 18<sup>o</sup> Semana de Pesquisa Da Universidade “A Prática Interdisciplinar Alimentado a Ciência”*. Universidade de Tiradentes. UNIT. <https://eventos.set.edu.br/sempesq/article/download/3869/1863>
- Santos, I. A. (1999). Alcoolismo na adolescência – que intervenção? *Revista Nursing*, 136(39).
- Santos, L. (2011). *Vivências acadêmicas e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1<sup>o</sup> ano*. [Universidade do Minho].  
<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Luisa Santos .pdf>
- Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*.
- Sawilowsky, S. S. (2009). Very large and huge effect sizes. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 8(2), 597–599. <https://doi.org/10.22237/jmasm/1257035100>
- Scheffer, M., & de Almeida, R. M. M. (2010). Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos. *Neuropsicología Latinoamericana*, 2(3).  
[https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia\\_Latinoamericana/article/view/39](https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/39)
- Schober, P., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia and Analgesia*, 126(5), 1763–1768.  
<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Schukcit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*.
- Scimago Journal. (2020). *Scimago Country Ranking*. Scimago Journal & Country Rank. <https://www.scimagojr.com/countryrank.php?year=2020>
- Seco M., Casimiro M., Pereira M., Dias M., C. S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões* (Instituto).
- Seda, L. F. &. (2017). *Factors related to healthy sexual and contraceptive behaviors in undergraduate students at university of Seville: a crosssectional study* [University of Seville].  
[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Factors\\_related\\_to\\_healthy\\_sexual\\_and\\_contraceptiv \(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Factors_related_to_healthy_sexual_and_contraceptiv(1).pdf)
- Segatto, Pinsky, Laranjeira, Rezende, & V. (2007). Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(3). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800002>

- Segurança Social. (2012). *Rede Social- Nucleo Local De Inserção*. <https://www.cm-braganca.pt/servicos-e-informacoes/intervencao-social/rede-social>
- Segurança Social. (2019). *Rendimento social de Inserção*. <http://www.seg-social.pt/rendimento-social-de-insercao>
- Selye, H. (1984). *Stress: uma realidade da vida*. 3, 280.
- Semple, S., & Smyth, R. (2013). Substance misuse. In *Oxford Handbook of Psychiatry, 3<sup>rd</sup> edition*. Oxford University Press. (pp. 535–608).
- Serra, F. (2014). *Efeitos da crise económica na saúde mental: Portugal na União Europeia (2004-2012)* [Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/28070/1/DissertaçãoFVS.pdf>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências - SICAD. (2020). *Publicações documentos*. <https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Serviço nacional de saúde - SNS. (2018). *Programas de saúde prioritários*. SNS. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/>
- Serviço nacional de saúde - SNS. (2019). *O que são comportamentos de risco?* Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-sexual-e-reprodutiva/comportamentos-sexuais-de-risco/>
- Silva, A., & Neto, J. (2014). Association between levels of physical activity and common mental disorder in university students. *Revista de Motricidade*, 10(1), 45– 59. <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php/motricidade>
- Silva, P. R. da, Mata, P. G. F., Arriaga, M. T. de, & Silva, A. J. (2016). *ESTRATÉGIA NACIONAL Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-da-saude-e-do-bem-estar-pdf.aspx>
- Silva, P. R. da, Mata, P. G. F., Arriaga, M. T. de, & Silva, A. J. (2019). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-da-saude-e-do-bem-estar-pdf.aspx>
- Silva, E. (2012a). *Álcool e outras drogas*. Conselho Regional de Psicologia da 6<sup>a</sup> Região, São Paulo.
- Silva, E. (2012b). Intervenções clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas. In *Álcool e outras drogas - Conselho Regional de Psicologia* (pp. 35–40). <http://www.crpsp.org.br/porta/comunicacao/livro-alcool-drogas/crpsp-alcool-e-outras-drogas.pdf>
- Silva, M. F. (2011). *Consumo de Drogas: O Impacto Da Informação e do Modelo de*

*Regulamentação nos Comportamentos*. Universidade do Minho, Braga.

Silva, S. L. (2003). *Adaptação Académica, Pessoal e Social do Jovem Adulto ao Ensino Superior, Contributos do ambiente familiar e do autoconceito*. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior. *Acta Médica Portuguesa*, 24(52), 247–256.

Silveira, R. E., Santos, A. S., & Pereira, G. A. (2014). Consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes do ensino fundamental de um município brasileiro. *Enfermagem Referência*, 4(2), 21–60.

Simões, C., Matos, M., Foguet, J. & Simon-Morton, B. (2014). Substance Use Across Adolescence: Do Gender and Age Matter? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 179–188. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100020>

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *SAGE Journals*, 2(1), 1–10. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10901981740020S102>

Smith, J., Roubinov, D., Andreotti, C., Compas, B., & Luecken, L. (2015). Prevalence, severity and risk factors for depressive symptoms and insomnia in college undergraduates. *Stress and Health*, 31(1), 63–70. <https://asu.pure.elsevier.com/en/publications/prevalence-severity-and-risk-factors-for-depressive-symptoms-and->

Soares, A. B., & Del Prette, Z. A. (2015). Habilidades sociais e adaptação à universidade: Convergências e divergências dos construtos. *Análise Psicológica*, 2(33), 139–151. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Habilidades\\_sociais\\_e\\_adaptacao\\_a\\_Universidade\\_con.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Habilidades_sociais_e_adaptacao_a_Universidade_con.pdf)

Soares, A. M., Pereira, M., & Canavarro, J. P. (2014). Saúde e qualidade de vida na transição para o ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 356–379.

Soares, A. P., Almeida, L. S., Diniz, A. M., & Guisande, M. A. (2006). Modelo multidimensional de ajustamento de jovens ao contexto universitário (MMAU): Estudo com estudantes de ciências e tecnologias versus ciências sociais e humanas. *Análise Psicológica*, 1(24), 15–27.

Soares, S. &. (2011). Aprendizagem e relação professor- aluno na universidade: duas faces da mesma moeda. *Estudos e Avaliação Educacional*, 22(49), 353-370. <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1641/1641.pdf>

Sociedad Española de Contracepción - SEC. (2016). *Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los métodos anticonceptivos en España Encuesta de anticoncepción en España*.

Sociedade Espanhola de Medicina de Adolescentes- SEMA. (2019). *El 5% de los*

*adolescentes españoles tiene depresión y hasta el 20% ansiedad*. Infosalus.  
<https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-adolescentes-espanoles-tiene-depresion-20-ansiedad-20190315124753.html>

Sokratous, S., Merkouris, A., Middleton, N., & Karanikola, M. (2014). The prevalence and sociodemographic correlates of depressive symptoms among Cypriot university students: a cross-sectional descriptive co-relational study. *BMC Psychiatry, 14*(1), 235–249.  
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-014-0235-6>

Soller, B. (2010). School-level effects on young adult cohabitation transitions. *Comunicação Apresentada Na 81 Reunião Anual Da Associação Sociológica Do Pacífico*.

Souza, I., Paro, H., Morales, R., Pinto, R., & Silva, C. (2012). Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de estudantes do curso de graduação em Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20*(4).  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_14.pdf)

Steiner, L. M., Zaska, S., Durand, S., Molloy, M., & Arteta, R. (2017). Spiritual factors predict state and trait anxiety. *Journal of Religion and Health, 56*, 1937–1955.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-016-0293-9>

Steinskog, D. J., Tjøstheim, D. B., & Kvamstø, N. G. (2007). A Cautionary Note on the Use of the Kolmogorov–Smirnov Test for Normality. *Monthly Weather Review, 135*(3), 1151–1157. <https://doi.org/10.1175/mwr3326.1>

Stoltenberg, S. F., Batien, B. D., & Birgenheir, D. G. (2008). Does gender moderate associations among impulsivity health-risk behaviors? *Addictive Behaviors, 33*, 252–265.

Sullivan, G. M., & Feinn, R. (2012). Using Effect Size--or Why the P Value Is Not Enough. *Journal of Graduate Medical Education, 4*(3), 279–282.  
<https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1>

T., B. (2009). Resumo do Relatório da OMS. Álcool: Bem de Consumo sui generis. Resumo do livro: Alcohol & Public Policy Group. *Revista Toxicodependências, 15*(1), 77–86.

Tarter, R. E., & Hegedus, A. M. (1991). The Drug Use Screening Inventory. *Alcohol Research, 15*(1), 354–362.

Tavares, D. M. (2012). *Adaptação ao Ensino Superior e Otimismo em Estudantes do 1º ano* [Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal].  
<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3617/1/Dissertação Daniela Tavares - FINAL.pdf>

Teixeira, M. A., Castro, G. D., & Piccolo, L. R. (2007). Adaptação à universidade em estudantes universitários: Um Estudo Correlacional. *Interação Em Psicologia, 11*(2), 211–220.

- Teixeira, M. O. (2009). Uma medida de auto-eficácia percebida em contextos sociais e académicos. *Psychologia*, 51, 47–55. [https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1647-8606\\_51\\_4/462](https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1647-8606_51_4/462)
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 14–06. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18444452/>
- Thurber & Walton. (2012). Homesickness and Adjustment in University Students. *Journal of American College Health*, 60(5), 415–419. <https://doi.org/10.1080/07448481.2012.673520>
- Tietzen, A. M. dos S. (2010). *Vivências Académicas dos alunos do Ensino Superior*. Universidade do Algarve.
- Ting, S-M. R. & Robinson, T. L. (1998). First-year academic success: A prediction combining cognitive and psychosocial variables. *Journal of College Student Development*, 39(6), 599–610. <https://eric.ed.gov/?id=EJ583263>
- Tinto, V. (1996). Reconstructing the First Year of College. *Planning for Higher Education*, 25(1), 1–6.
- União Internacional de Comunicações - UIT. (2022). *Índice Global de Cibersegurança da União Internacional de Telecomunicações 2020*. <https://www.itu.int/epublications/publication/D-STR-GCI.01-2021-HTML-E>
- United Nations - UNAIDS. (2016). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic*. United Nations. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf)
- Veríssimo, A., Costa, R., Gonçalves, E., & Araújo, F. (2011). Níveis de stress no Ensino Superior. *Psicologia e Educação* 1(2), 41–48.
- Vibe, M. Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O. Rosenvinge, J., Sorlie, T., & Bjorndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Medical Education*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-107>
- Victor, O. & X. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>
- Wagner, G. & Andrade, A. (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 1(35), 48–64.
- Weyne, G. R. S. (2004). Determinação do tamanho da amostra em pesquisas experimentais na área da saúde. *Arq. Med ABC*, 29(2), 112–117.

<https://www.portalnepas.org.br/amabc/article/view/301>

- Wiles, J. M., Chechi, P., & Dias, C. G. (2010). Fatores promotores e inibidores na adaptação à universidade. *XIV Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão: Responsabilidade Socioambiental*.
- Wong, J., Cheung, E., Chan, K., Ma, K., & Tang, S. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 777–782. <https://psycnet.apa.org/record/2006-10107-009>
- Working Millennial Index. (2019). *The best countries around the world for young people to live and work*. Silver Swan Recruitment. <https://www.silverswanrecruitment.com/2019/09/16/the-working-millennial-index-the-best-countries-around-the-world-for-young-people-to-live-and-work/>
- World Health Organization - HWO. (1986). Ottawa Charter For Health Promotion. *First International Conference on Health Promotion*, 1–4. [https://watermark.silverchair.com/1-4-405-s.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW\\_Ercy7Dm3ZL\\_9Cf3qfKAac485ysgAAAsYwggLCBgkqhkiG9w0BBwagggKzMIICrwIBADCCAqgGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMTMdz9Njdb\\_DHHqcrAgEQgIICed\\_MtNH4iCKUGLNpcdgpMlb0e9njHmNJha45smD3DoP8o](https://watermark.silverchair.com/1-4-405-s.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAac485ysgAAAsYwggLCBgkqhkiG9w0BBwagggKzMIICrwIBADCCAqgGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMTMdz9Njdb_DHHqcrAgEQgIICed_MtNH4iCKUGLNpcdgpMlb0e9njHmNJha45smD3DoP8o)
- World Health Organization - WHO. (1998). *Health promotion glossary*. WHO.
- World Health Organization - WHO. (2002). *Reducing risks, promoting healthy life: World Health Report 2002*.
- World Health Organization - WHO. (2011). *Young people: health risks and solutions. Fact sheet N° 345*.
- World Health Organization - WHO. (2013). *Investing in mental health: evidence for action*.
- World Health Organization - WHO. (2017). *National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDP) for the Control and Management of NCDs: Concept Note for WHO GCM/NCD Working Group 3.3 on Health Education and Health Literacy for NCDs*. <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/workinggroups/GCM-NCD-Health-Literacy-Demonstration-Projects.pdf?ua=1>
- World Health Organization - WHO. (2018). *Management of Substance Abuse Team. Global status report on alcohol and health 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- World Health Organization - WHO. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations%0A%0A>

- World Health Organization & Wonca. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*.
- World Health Organization a) - WHO. (2018). *Adolescents: health risks and solutions Factsheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- World Health Organization b) - WHO. (2015). *What are overweight and obesity?* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- World Health Organization c) - WHO. (2015). *Health Topics: Depression*. <http://www.who.int/topics/depression/en/>
- World Health Organization d) - WHO. (2015). *Physical activity*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.
- World Health Organization g)- WHO. (2015). *WHO's role, Mandate and Activities to Counter the World Drug Problem: A Public Health Perspective*.
- World Health Organization h) - WHO. (2015). *WHO's role, Mandate and Activities to Counter the World Drug Problem: A Public Health Perspective*. [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/drug\\_role\\_mandate.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/drug_role_mandate.pdf)
- World Health Organization i) - WHO. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf)
- World Health Organization j) - WHO. (2020). *HBSC/JunP (Health Behaviour in School-aged Children) de 2017*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Journal International de Bioéthique*. <https://doi.org/10.3917/jib.151.0124>
- Zampieri, C. (2013). *Manifestações psicossomáticas em universitários portugueses, a partir da identificação de sintomas de ansiedade, depressão e stress*. Faculdade da saúde da Universidade Metodista de São Paulo- Brasil.
- Zanoti-Jeronymo & Carvalho. (2005). Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Rev. Saúde Mental Álcool e Drogas*, 1(2). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762005000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000200007)
- Zão, I. V. D. B. (2012). *Consumo de álcool e outras drogas e comportamentos sexuais: estudo numa população universitária* [Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal]. <http://hdl.handle.net/10400.6/1170>

- Zavala, R. (2017). Búsqueda de ayuda en salud mental en los adolescentes Seeking mental health help in teenagers. *Rev. Perspectiva*, 18(4), 347–351. [https://www.researchgate.net/publication/321907181\\_Busqueda\\_de\\_ayuda\\_en\\_salud\\_mental\\_en\\_los\\_adolescentes](https://www.researchgate.net/publication/321907181_Busqueda_de_ayuda_en_salud_mental_en_los_adolescentes)
- Zeferino, M., Hamilton, H., Brands, B., Miotto Wrigh, M. Cumsille, F. & Khenti, A. (2015). Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. *Texto Contexto - Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001150014>
- Zeferino, M. T., & Fermo, V. C. (2012). Prevenção ao uso/abuso de drogas. *Pro Enf Saúde Do Adulto*, 2, 9–42. [https://grupoapis.ufsc.br/files/2016/12/ProENF-SA\\_1\\_Prevencao-ao-uso-de-drogas-1-1.pdf](https://grupoapis.ufsc.br/files/2016/12/ProENF-SA_1_Prevencao-ao-uso-de-drogas-1-1.pdf)
- Zschucke, E., Heinz, A., & Ströhle, A. (2012). Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. *The Scientific World Journal*, 2012. <https://doi.org/10.1100/2012/901741>



## PRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA COM ORIGEM NA PRESENTE TESE

### Comunicações realizadas em eventos científicos internacionais

- ✓ Maria, O.C.C. (2021, November 10-13). *Ansiedade, Depressão e Stress-evidências em jovens universitários, um contributo para a literacia em saúde mental* [Paper presentation]. 14th International Congress of Clinical Psychology, Spain.
- ✓ Maria, O.C.C. (2021, November 10-13). *Use of psychoactive substances in university students... A contribution to literacy* [Paper presentation]. 14th International Congress of Clinical Psychology, Spain.
- ✓ Maria, O.C.C., Galvão, A.M. y Liébana, M.J.D. (2021, Febrero 2). *Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. ... ¿qué realidad?* [Poster]. I Congreso Anual de Estudiantes de Doctorado de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Universidad Miguel Hernández, España.
- ✓ Maria, O.C.C. (2021, Abril 28-29). *Consumo de substâncias psicoativas em universitários... que perceções?* [Paper presentation]. Congreso Internacional: Alfabetización en Salud y Autocuidado. Evidencias que diseñan la práctica clínica. Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
- ✓ Maria, O.C.C. (2021, Abril 28-29). *Evidências de saúde mental em jovens universitários- um contributo para a literacia* [Paper presentation]. Congreso Internacional: Alfabetización en Salud y Autocuidado. Evidencias que diseñan la práctica clínica. Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

### Publicações em atas de eventos com arbitragem científica

- ✓ Maria, O.C.C., Galvão, A.M. y Liébana, M.J.D. (2021). Use of psychoactive substances in university students... A contribution to literacy. *14th International Congress of Clinical Psychology: Book of abstracts* “Advances in Clinical Psychology. Volume I”, Dykinson. (pp.186-187). ISBN: 978-84-1377-882-2.
- ✓ Maria, O.C.C., Galvão, A.M. y Liébana, M.J.D. (2021). Ansiedade, depressão e stress-evidências em jovens universitários, um contributo para a literacia em saúde mental. *In 14th International Congress of Clinical Psychology: Book of abstracts* “Advances in Clinical Psychology. Dykinson. Volume I”, (pp.235). ISBN: 978-84-1377-882-2.

- ✓ Maria, O.C.C., Galvão, A.M. y Liébana, M.J.D. (2021). Evidências de saúde mental em jovens universitários- um contributo para a literacia. Instituto Politécnico de Bragança (Ed). *Congreso Internacional Alfabetización Salud y Autocuidado. Evidencias que Diseñan la Práctica Clínica: libro de resúmenes* (pp.61). ISBN: 978-972-745-292-7.
- ✓ Maria, O.C.C., Galvão, A.M. y Liébana, M.J.D. (2021). Consumo de substâncias psicoativas em universitários... Que percepções? Instituto Politécnico de Bragança (Ed). *Congreso Internacional Alfabetización Salud y Autocuidado. Evidencias que Diseñan la Práctica Clínica: libro de resúmenes* (pp.84). ISBN: 978-972-745-292-7.

**Publicações de artigos em revistas científicas, indexadas, de circulação internacional.**

- ✓ Maria, O.C.C., Galvão, A. & Liébana, M. J.D. (2021). Consumo de substâncias psicoativas em universitários ...que percepções? *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología; 1* (2),pp:193-212. ISSN: 0214-9877.

**Artigo aceite para Publicação:**

- ✓ Title: Evidence Of Mental Health In University Students - A Contribution To Literacy  
Authors: Olívia Costa Maria, Ana Maria Galvão, And Maria José Liébana  
In: European Journal of Education and Pedagogy  
ISSN (Online): 2736-4534



## **ANEXOS**

## **Anexo I- Instrumento de Recolha de Dados em Português**





## **Doctorado en Investigación Aplicada a las Ciencias Sanitarias**

**“Consumo de substâncias psicoativas nos jovens  
universitários do Instituto Politécnico de Bragança”**

### **QUESTIONÁRIO**

**Bragança, maio de 2017**



universidad  
de león



## Estudo Científico

### **“Consumo de substâncias psicoativas nos jovens universitários do Instituto Politécnico de Bragança”**

No âmbito da realização do estudo “Consumo de substâncias psicoativas nos jovens universitários. Que realidade?”, inserido no Programa de doutoramento em Investigação Aplicada às Ciências Sanitárias pela Universidade de León, sob protocolo com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento dos instrumentos relativos à presente investigação.

Inicialmente, deverá preencher o Questionário Sociodemográfico que permitirá fazer uma caracterização anónima pessoal, seguido a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress que permitirá analisar a incidência desses três parâmetros e por último o Questionário DUSI-R que pretende determinar a existência de consumos.

A informação recolhida será tratada de forma rigorosamente confidencial e destinar-se-á em exclusivo ao estudo da temática em apreço, para fins de investigação, estatística e publicação científica. Assim, a sua participação neste estudo é voluntária, podendo recusar ou cessar a participação em qualquer momento. Qualquer dúvida, por favor, não hesite em expô-la.

Se decidir colaborar no presente estudo, deverá, antes de mais, indicá-lo na declaração que se segue (consentimento informado).

Agradeço desde já a sua atenção para com o estudo de investigação.

A investigadora,

Olívia da Conceição Costa Maria  
Enfermeira, Centro de Saúde de Santa Maria – ULSNE  
Email: oconcc00@unileon.es



universidad  
de león

## Declaração

### Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para a Participação

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar no estudo científico da responsabilidade de Olívia da Conceição Costa Maria, inserido no Programa de doutoramento em Investigação Aplicada às Ciências Sanitárias pela Universidade de León, sob protocolo com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Confirmo, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considere pertinentes para decidir participar. Confirmo que li e compreendi o documento de informação ao participante, bem como os esclarecimentos verbais fornecidos previamente pela investigadora.

Especificamente, fui informado/a dos objetivos, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.



Escola: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1ª PARTE

### Ficha Sociodemográfica

#### Género

Masculino

Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

Ano Escolar: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

#### Exercício Físico

Sim

Não

#### É aluno deslocado?

Sim

Não

#### Estado Civil

Solteiro

Casado

União de facto

Divorciado

Viúvo

#### Já iniciou atividade Sexual?

Sim

Não

#### Reside em locais movimentados/junto de estabelecimentos noturnos?

Sim

Não

**Considera pertinente um aumento da sensibilização/formação/informação aos jovens universitários, na área afeta às substâncias psicoativas, através de palestras/seminários/workshops em contexto académico?**

Sim

Não

## 2ª PARTE

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

*Lovibond e Lovibond, (1995), adaptação da versão portuguesa foi primordial por Alves, Carvalho e Batista, (1999) e posteriormente por Riberio, Honrado e Leal (2004)*

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo 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 de **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 sentimento 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 (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9 Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e 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 me 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 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 meu 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

### DUSI-R

(Tarter, 1990)

[Versão traduzida e adaptada por Rodrigues e Cardoso, (2013)]

Preencha o seguinte quadro relativo ao consumo de substâncias, assinale com uma cruz o número de vezes que consumiu cada substância listada nos últimos trinta dias.

	Não usei	1 a 2 vezes	3 a 9 vezes	10 a 20 vezes
Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína/crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Canábis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulantes (anfetaminas etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinogénios (LSD, mescalina etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranquilizantes (diazepam, barbitúricos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiáceos (morfina, heroína etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fenilciclídina (PCP, pó- de-anjo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inalantes/ Solventes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, responda a todas as questões que se seguem com um “X” no espaço em frente à sua resposta, se considerar que alguma questão não se aplica a si assinale um X em frente à resposta “Não”.

### Grupo 1

- 1) Já sentiu falta ou teve forte desejo por álcool ou drogas?  
Sim  Não
- 2) Já teve que aumentar o consumo de drogas ou álcool para conseguir o efeito desejado?  
Sim  Não
- 3) Já sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?  
Sim  Não
- 4) Já sentiu que estava viciado ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?  
Sim  Não
- 5) Já deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?  
6) Sim  Não
- 7) Já infringiu regras ou desobedeceu à legislação por estar sob o efeito de álcool ou drogas?  
Sim  Não
- 8) Muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, devido a drogas?  
Sim  Não
- 9) Já sofreu um acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?  
Sim  Não
- 10) J  
á se feriu ou feriu acidentalmente alguém após usar álcool ou drogas?  
Sim  Não
- 11) Já teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa da bebida ou do seu uso de drogas?  
Sim  Não
- 12) Já teve sintomas de abstinência após o uso de álcool? (Por exemplo: dor de cabeça, náuseas, vômitos ou tremores)

Sim  Não

13) Já teve problemas para se lembrar do que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?

Sim  Não

14) Gosta de jogos que envolvam bebidas quando vai a festas? (P/ex: "ring-of-fire"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade)

Sim  Não

15) Tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?

Sim  Não

## Grupo 2

Diga se concorda (sim) ou se discorda (não) com as seguintes afirmações referentes ao seu comportamento.

1) Discuto muito.

Sim  Não

2) Acho-me o(a) "maior".

Sim  Não

3) Provoco ou faço coisas para prejudicar animais.

Sim  Não

4) Grito muito.

Sim  Não

5) Sou teimoso.

Sim  Não

6) Sou desconfiado em relação a outras pessoas?

Sim  Não

7) Quando reclamo digo muitos palavrões?

Sim  Não

8) Provoco muito as pessoas?

- Sim  Não
- 9) Tenho um feitio difícil?  
Sim  Não
- 10) Sou muito tímido.  
Sim  Não
- 11) Ameaço magoar as pessoas.  
Sim  Não
- 12) Falo mais alto que os outros.  
Sim  Não
- 13) Chateio-me ou aborreço-me facilmente?  
Sim  Não
- 14) Faço muitas coisas sem pensar primeiro nas consequências?  
Sim  Não
- 15) Arrisco-me ou faço muitas vezes coisas perigosas?  
Sim  Não
- 16) Se tiver oportunidade aproveito-me das pessoas para meu próprio benefício?  
Sim  Não
- 17) Geralmente sinto-me irritado?  
Sim  Não
- 18) Gasto a maior parte do meu tempo livre sozinho?  
Sim  Não
- 19) Sou uma pessoa solitária?  
Sim  Não
- 20) Aceito bem as críticas?  
Sim  Não

### Grupo 3

- 1) Já danificou a propriedade de alguém intensionalmente?  
Sim  Não
- 2) Já roubou coisas em mais do que uma ocasião?  
Sim  Não

- 3) Já se envolveu em mais lutas físicas que o que considera normal?  
Sim  Não
- 4) Considera-se uma pessoa inquieta?  
Sim  Não
- 5) Você é agitado e não consegue estar quieto?  
Sim  Não
- 6) Fica frustrado facilmente?  
Sim  Não
- 7) Tem problemas para se concentrar?  
Sim  Não
- 8) Sente-se muito triste?  
Sim  Não
- 9) Rói as unhas?  
Sim  Não
- 10) Tem problemas para dormir?  
Sim  Não
- 11) Considera-se uma pessoa nervosa?  
Sim  Não
- 12) Sente que se assusta facilmente?  
Sim  Não
- 13) Preocupa-se demais?  
Sim  Não
- 14) Tem dificuldade para deixar de pensar em determinadas coisas?  
Sim  Não
- 15) As pessoas olham espantadas para si?  
Sim  Não
- 16) Você ouviu coisas que mais ninguém ouviu?  
Sim  Não
- 17) Tem poderes especiais que mais ninguém tem?  
Sim  Não



18) Sente medo de estar entre as pessoas?

Sim  Não

19) Sente vontade de chorar frequentemente?

Sim  Não

20) Tem tanta energia que não sabe o que fazer para a gastar?

Sim  Não

21) Alguma vez se sentiu tentado a roubar alguma coisa?

Sim  Não

#### **Grupo 4**

1) As pessoas da sua idade não gostam de si?

Sim  Não

2) Normalmente está infeliz com o modo como desempenha atividades com seus amigos?

Sim  Não

3) É difícil fazer amizades num grupo novo?

Sim  Não

4) As pessoas aproveitam-se de si?

Sim  Não

5) Tem medo de lutar pelos seus direitos?

Sim  Não

6) É difícil para si pedir ajuda aos outros?

Sim  Não

7) Você é facilmente influenciado por outras pessoas?

Sim  Não

8) Prefere atividades com pessoas com bastante mais idade que você?

Sim  Não

9) Preocupa-se na forma como as suas ações vão afetar os outros?

Sim  Não

10) Tem dificuldades em defender as suas opiniões?

Sim  Não

11) Tem dificuldade em dizer "não" às pessoas?

Sim  Não

12) Sente-se desconfortável se alguém o elogiar?

Sim  Não

13) As pessoas consideram-no como uma "pessoa má"?

Sim  Não

14) Evita olhar nos olhos quando está a conversar com as pessoas?

Sim  Não

### Grupo 5

1) Algum membro da sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) já usou cannabis ou cocaína?

Sim  Não

2) Algum membro da sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com amigos?

Sim  Não

3) Algum membro da sua família já foi preso?

Sim  Não

4) Você tem discussões frequentes com os seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?

Sim  Não

5) A sua família dificilmente faz coisas juntas?

Sim  Não

6) Os seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?

Sim  Não

7) Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?

Sim  Não

8) Os seus pais ou responsáveis desconhecem o que realmente pensa ou sente sobre as coisas que são importantes para si?

Sim  Não

9) Os seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?

Sim  Não

10) Os seus pais ou responsáveis frequentemente desconhecem onde você está ou o que está a fazer?

Sim  Não

11) Os seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?

Sim  Não

12) Sente que os seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de si?

Sim  Não

13) Sente-se infeliz em relação ao modo como vive?

Sim  Não

14) Sente-se em perigo em casa?

Sim  Não

### Grupo 6

1) Gosta da sua universidade?

Sim  Não

2) Tem problemas para se concentrar na universidade ou quando está a estudar?

Sim  Não

3) As suas notas são abaixo da média?

Sim  Não

4) Falta às aulas mais de dois dias por mês?

Sim  Não

5) Falta muito às aulas?

Sim  Não

6) Já pensou seriamente em abandonar a universidade?

Sim  Não

7) Frequentemente, deixa de fazer os trabalhos de casa?

Sim  Não

- 8) Sente-se sempre sonolento nas aulas?  
Sim  Não
- 9) Atrasa-se para as aulas com frequência?  
Sim  Não
- 10) Este ano, os seus amigos da universidade são diferentes dos do ano passado?  
Sim  Não
- 11) Sente-se irritado e chateado quando está na universidade?  
Sim  Não
- 12) Sente-se aborrecido na universidade?  
Sim  Não
- 13) As suas notas na universidade estão piores do que costumavam estar?  
Sim  Não
- 14) Sente-se em perigo na universidade?  
Sim  Não
- 15) Já ficou retido algum ano no seu percurso académico?  
Sim  Não
- 16) Sente-se indesejado nos grupos académicos (tuna, grupos desportivos, associação de estudantes etc.) ou nas atividades extracurriculares?  
Sim  Não
- 17) Já faltou ou chegou atrasado à universidade em consequência do uso de álcool ou drogas?  
Sim  Não
- 18) Já teve problemas na universidade por causa do álcool ou das drogas?  
Sim  Não
- 19) O álcool ou drogas já interferiram nos seus trabalhos de casa ou atividades escolares?  
Sim  Não
- 20) Você já foi suspenso?  
Sim  Não

- 1) Algum dos seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?  
Sim  Não
- 2) Algum dos seus amigos vende ou dá drogas a outras pessoas?  
Sim  Não
- 3) Algum dos seus amigos copia nos testes/exames?  
Sim  Não
- 4) Os seus pais ou responsáveis não gostam dos seus amigos?  
Sim  Não
- 5) Algum dos seus amigos já teve problemas com a lei?  
Sim  Não
- 6) A maioria dos seus amigos é mais velho que você?  
Sim  Não
- 7) Os seus amigos usam cábulas?  
Sim  Não
- 8) Os seus amigos ficam aborrecidos nas festas quando não é servido álcool?  
Sim  Não
- 9) Os seus amigos levaram drogas ou álcool para festas no ano passado?  
Sim  Não
- 10) Os seus amigos roubaram alguma coisa numa loja ou danificaram alguma propriedade de propósito durante o ano passado?  
Sim  Não
- 11) Pertence a algum "gang"?  
Sim  Não
- 12) Sente-se incomodado por algum problema que esteja a ter com amigos atualmente?  
Sim  Não
- 13) Sente que não tem nenhum amigo em quem possa confiar?  
Sim  Não
- 14) Se comparar com a maioria das pessoas, sente que tem poucos amigos?  
Sim  Não



## **Anexo II- Instrumento de Recolha de Dados em Espanhol**







## **Doctorado en Investigación Aplicada a las Ciencias Sanitarias**

**“Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes  
universitarios del Instituto Politécnico de Bragança**

”

### **CUESTIONARIO**

**Bragança, maio de 2017**



## **Estudio Científico**

### **Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios del Instituto Politécnico de Bragança**

En el ámbito de la realización del estudio “Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. ¿Cuál es la realidad?”, incluido en el Programa de doctorado en Investigación Aplicada en Ciencias Sanitarias por la Universidad de León, en protocolo con la Escuela Superior de Salud del Instituto Politécnico de Bragança solicito su colaboración para rellenar los cuestionarios relativos a esta investigación.

Inicialmente, deberá rellenar el Cuestionario Sociodemográfico, que permitirá realizar una caracterización anónima personal, posteriormente la Escala de Ansiedad, Depresión y Stress que permitirá analizar la incidencia de estos tres parámetros e y en último lugar el Cuestionario DUSI-R, cuyo objetivo es determinar la existencia de consumo.

La información recabada será tratada de forma estrictamente confidencial y se utilizará exclusivamente para el estudio del tema en cuestión, con fines de investigación, estadística y publicación científica. Por lo tanto, su participación en este estudio es voluntaria y puede rechazar o dejar de participar en cualquier momento. Cualquier pregunta, por favor no dude en preguntar.

Si decide colaborar en este estudio, deberá, en primer lugar, indicarlo en la siguiente declaración (consentimiento informado).

Gracias de antemano por su colaboración en este estudio de investigación.

El investigador,

Olivia da Conceição Costa Maria

Enfermera, Centro de Salud Santa María – ULSNE

Correo electrónico: oconcc00@unileon.es



## Declaración

### Consentimiento libre e informado para la participación

Declaro, al cubrir con una cruz el cuadrado señalado al final de la presente declaración, que acepto participar en este estudio científico, responsabilidad de Olívia da Conceição Costa Maria, integrado dentro del Programa de doctorado en Investigación Aplicada en Ciencias Sanitarias por la Universidad de León, en protocolo con la Escuela Superior de Salud del Instituto Politécnico de Bragança.

Confirmando, antes de decidir participar, que me han sido esclarecidas todas las dudas que he considerado pertinentes. Confirmando que he leído y entendido el documento de información del participante, así como las aclaraciones verbales proporcionadas previamente por el investigador.

Específicamente, he sido informado/a de los objetivos, duración esperada y procedimientos del estudio, así como del anonimato y confidencialidad de los datos; tanto como el derecho de negarme a participar, o cesar mi participación en cualquier momento, sin ninguna consecuencia.



Escuela: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Ficha Sociodemográfica

### Género

Masculino

Femenino

### Ejercicio Físico

Sí

No

Edad: \_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Año Escolar: \_\_\_\_

Licenciatura: \_\_\_\_\_

### ¿ Es alumno desplazado?

Sí

No

### Estado Civil

Soltero

Casado

Pareja de Hecho

Divorciado

Viudo

### ¿ ha Ya iniciado su actividad Sexual?

Sí

No

### ¿Reside en lugares de ambiente/cerca de establecimientos nocturnos?

Sí

No

**Considera pertinente un aumento de la sensibilización/formación/información a los jóvenes universitarios, dentro del área que afecta a sustancias psicoactivas, a través de conferencias/seminarios/workshops..., dentro de un contexto académico?**

Sí

No

### Escala de Ansiedad, Depresión y Stress (EADS-21)

*Lovibond y Lovibond, (1995), adaptación de la versión portuguesa por Alves, Carvalho y Batista, (1999) y posteriormente por Ribeiro, Honrado y Leal (2004)*

Por favor, lea cada una de las afirmaciones abajo enunciadas y señale la **0, 1, 2 o 3** para indicar cuál es la aplicada a su caso, **durante la semana pasada**. No existen respuestas correctas ni incorrectas. No utilice demasiado tiempo en indicar su respuesta en cada afirmación.

**La clasificación es la siguiente:**

- 0 – no se aplica **nada** a mí
- 1 – se aplica a mí en **algunas ocasiones**
- 2 – se aplica a mí en **muchas ocasiones**
- 3 – se aplica a mí **la mayor parte de las ocasiones**

1 Tuve dificultades en calmarme	0	1	2	3
2 Sentí la boca seca	0	1	2	3
3 No conseguí sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4 Presenté dificultad al respirar	0	1	2	3
5 Tuve dificultad en tomar iniciativas para realización de tareas	0	1	2	3
6 Reaccioné con demora en determinadas situaciones	0	1	2	3
7 Sentí temblores (por ej., en las manos)	0	1	2	3
8 Sentí que estaba utilizando demasiada energía nerviosa	0	1	2	3
9 Me preocupé con situaciones donde podría entrar en pánico y hacer el ridículo	0	1	2	3
10 Sentí que no esperaba nada de mi futuro	0	1	2	3
11 Fui consciente de estar agitado	0	1	2	3
12 Sentí dificultad para relajarme	0	1	2	3
13 Me sentí desanimado y melancólico	0	1	2	3
14 Permanecí intolerante ante situaciones que me impidiesen terminar lo que estaba a realizando	0	1	2	3
15 Sentí que casi entraba en pánico	0	1	2	3
16 No fui capaz de entusiasarme con nada	0	1	2	3
17 Sentí que carecía de valor como persona	0	1	2	3

18 Sentí que a veces permanecía sensible	0	1	2	3
19 Noté alteraciones cardíacas sin realizar ejercicio físico	0	1	2	3
20 Sentí miedo sin tener razón para ello	0	1	2	3
21 Sentí que la vida no tenía sentido	0	1	2	3

### DUSI-R

(Tarter, 1990)

[Versión traducida y adaptada por Rodrigues y Cardoso, (2013)]

Rellene el siguiente cuestionario relativo al consumo de sustancias, señale con una cruz el número de veces que consumió cada sustancia registrada en los últimos treinta días.

	No consumí	1 a 2 veces	3 a 9 veces	10 a 20 veces
Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína/crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cánabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulantes (anfetaminas etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinogénos (LSD, mescalina etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranquilizantes (diazepam, barbitúricos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiáceos (morfina, heroína etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fenilciclidina (PCP,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	No consumí	1 a 2 veces	3 a 9 veces	10 a 20 veces
polvo-de ángel)				
Inhalantes/ Solventes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, responda a todas las siguientes cuestiones con una “X” en el espacio al lado de su respuesta, si considera que alguna cuestión no se aplica a su persona marque una X en la respuesta “No”.

### Grupo 1

- 1) ¿Sintió falta o fuerte deseo de alcohol o drogas?  
Sim  Não
- 2) ¿Tuvo en algún momento que aumentar su consumo de drogas o alcohol para conseguir el efecto deseado?  
Sim  Não
- 3) ¿Sintió que no podría controlar el uso de alcohol o drogas?  
Sim  Não
- 4) ¿Sintió que estaba inmerso en el mundo del alcohol o drogas?  
Sim  Não
- 5) ¿Dejó de realizar alguna actividad por haber gastado mucho dinero en drogas o alcohol?  
Sim  Não
- 6) ¿Infringió reglas o desobedeció la ley por estar bajo el efecto de alcohol o drogas?  
Sim  Não
- 7) ¿Cambia rápidamente su estado de muy feliz a muy triste, o de muy triste a muy feliz, debido a las drogas?  
Sim  Não
- 8) ¿Sufrió alguna vez un accidente de automóvil después de ingerir alcohol o drogas?

Sim  Não

9) ¿Se lesionó en alguna ocasión o hirió accidentalmente a alguien una vez consumido alcohol o drogas?

Sim  Não

10) ¿Tuvo algún tipo de discusión seria o altercado con un amigo o miembro de la familia por causa de la bebida o del uso de drogas?

Sim  Não

12) ¿Presentó síntomas de abstinencia una vez consumido alcohol? (Por ejemplo: dolor de cabeza, náuseas, vómitos o temblores)

Sim  Não

13) ¿Tuvo problemas para recordar lo que hizo mientras estaba bajo el efecto de drogas o alcohol?

Sim  Não

15) ¿Le gustan los juegos en los que se consumen bebidas alcohólicas cuando sale de fiesta? (P/ej: "ring-of-fire"; apuestas para ver quien bebe mas rápido o en mayor cantidad)

Sim  Não

16) ¿Presenta problemas para resistir el uso de alcohol o drogas?

Sim  Não

## Grupo 2

Especifique si concuerda (sí) o si discuerda (no) con las siguientes afirmaciones referentes a su comportamiento.

1) Discuto mucho.

Sim  Não

2) Me considero el/la "mejor".

Sim  Não

3) Provoco ou realizo actos que perjudican a animales.

Sim  Não

4) Grito mucho.

Sim  Não

5) Soy cabezón.

Sim  Não

6) Soy desconfiado con relación a otras personas.



- Sim  Não
- 7) Cuando protesto o reclamo utilizo muchas palabras malsonantes.  
Sim  Não
- 8) Provoco a las personas en numerosas ocasiones.  
Sim  Não
- 9) Mi carácter es difícil.  
Sim  Não
- 10) Soy muy tímido.  
Sim  Não
- 11) Amenazo con hacer daño a las pessoas.  
Sim  Não
- 12) Hablo más alto que los demás.  
Sim  Não
- 13) Me enfado o me aburro con facilidad.  
Sim  Não
- 14) Hago muchas cosas sin pensar antes en las consecuencias.  
Sim  Não
- 15) Corro riesgos o realizo en muchas ocasiones cosas peligrosas.  
Sim  Não
- 16) Si tengo oportunidad me aprovecho de las personas en beneficio propio.  
Sim  Não
- 17) Normalmente me siento enervado.  
Sim  Não
- 18) Paso la mayor parte de mi tiempo libre solo.  
Sim  Não
- 19) Soy una persona solitaria.  
Sim  Não
- 20) Acepto bien las críticas.  
Sim  Não

### Grupo 3

- 1) ¿Damnificó alguna propiedad intencionalmente?  
Sim  Não
- 2) ¿Robó objetos en más de una ocasión?  
Sim  Não

- 3) ¿Se envolvió en más peleas de lo que considera normal?  
Sim  Não
- 4) ¿Se considera una persona inquieta?  
Sim  Não
- 5) ¿Está siempre agitado y no consigue estar quieto?  
Sim  Não
- 6) ¿Se frustra con facilidad?  
Sim  Não
- 7) ¿Tiene problemas para concentrarse?  
Sim  Não
- 8) ¿Se siente muy triste?  
Sim  Não
- 9) ¿Se muerde las uñas?  
Sim  Não
- 10) ¿Tiene problemas para dormir?  
Sim  Não
- 11) ¿Se considera una persona nerviosa?  
Sim  Não
- 12) ¿Nota que se asusta con facilidad?  
Sim  Não
- 13) ¿Se preocupa demasiado?  
Sim  Não
- 14) ¿Presenta dificultad para no pensar en determinadas cosas?  
Sim  Não
- 15) ¿Las personas le miran asustadas?  
Sim  Não
- 16) ¿Oye cosas que nadie más oye?  
Sim  Não
- 17) ¿Cuenta con poderes especiales que nadie más tiene?  
Sim  Não
- 18) ¿Siente miedo de encontrarse entre las personas?  
Sim  Não
- 19) ¿Siente necesidad de llorar frecuentemente?  
Sim  Não
- 20) ¿Cuenta con tanta energía que no sabe lo que hacer para consumirla?  
Sim  Não

21) ¿Alguna vez se sintió tentado a robar alguna cosa?

Sim  Não

#### Grupo 4

1) ¿No agrada a las personas de su edad?

Sim  Não

2) ¿Normalmente se siente infeliz con la manera en como desempeña actividades con sus amigos?

Sim  Não

3) ¿Le resulta difícil entablar amistades con un grupo nuevo?

Sim  Não

4) ¿Las personas se aprovechan de usted?

Sim  Não

5) ¿Tiene miedo de luchar por sus derechos?

Sim  Não

6) ¿Le resulta difícil pedir ayuda a los demás?

Sim  Não

7) ¿Se deja influenciar fácilmente por otras personas?

Sim  Não

8) ¿Prefiere actividades con personas mayores que usted?

Sim  Não

9) ¿Se preocupa con la manera de cómo sus actos van a afectar a los demás?

Sim  Não

10) ¿Tiene dificultades para defender sus opiniones?

Sim  Não

11) ¿Presenta dificultad para decir "no" a las personas?

Sim  Não

12) ¿Se siente incómodo si alguien lo elogia?

Sim  Não

13) ¿Lo consideran como una "mala persona"?

Sim  Não

14) ¿Evita mirar a los ojos a las personas cuando conversa?

Sim  Não

#### Grupo 5

- 1) ¿Algún miembro de su familia (madre, padre, hermano o hermana) consumió cannabis o cocaína?  
Sim  Não
- 2) ¿Algún miembro de su familia consumió alcohol, con lo que pudo causar problemas en casa, en el trabajo o con amigos?  
Sim  Não
- 3) ¿Algún miembro de su familia estuvo preso en alguna ocasión?  
Sim  Não
- 4) ¿Tiene discusiones frecuentes con sus padres o responsables donde existan gritos?  
Sim  Não
- 5) ¿Su familia raramente realiza actividades conjuntas?  
Sim  Não
- 6) ¿Sus padres o responsables desconocen sus gustos o preferencias?  
Sim  Não
- 7) ¿En su casa hacen falta reglas claras sobre lo que puede y no puede hacer?  
Sim  Não
- 8) ¿Sus padres o responsables desconocen lo que realmente piensa o siente sobre las cosas que le resultan importantes?  
Sim  Não
- 9) ¿Sus padres o responsables discuten con frecuencia?  
Sim  Não
- 10) ¿Sus padres o responsables frecuentemente desconocen donde se encuentra o lo que está haciendo?  
Sim  Não
- 11) ¿Sus padres o responsables permanecen fuera de casa la mayor parte del tiempo?  
Sim  Não
- 12) ¿Siente que a sus padres o responsables no le importa o no le cuidan lo necesario?  
Sim  Não
- 13) ¿Se siente infeliz en relación a su modo de vida?  
Sim  Não
- 13) ¿Se siente en peligro cuando está casa?  
Sim  Não

- 1) ¿Le gusta su universidad?  
Sim  Não
- 2) ¿Tiene problemas para concentrarse en la universidad o cuando estudia?  
Sim  Não
- 3) ¿Sus notas están por debajo de la media?  
Sim  Não
- 4) ¿Falta a clase más de dos días al mes?  
Sim  Não
- 5) ¿Falta con frecuencia a clase?  
Sim  Não
- 6) ¿Pensó seriamente en abandonar la universidad?  
Sim  Não
- 7) ¿No realiza los deberes de clase con frecuencia?  
Sim  Não
- 8) ¿Se siente siempre somnoliento en clase?  
Sim  Não
- 9) ¿Llega con frecuencia tarde a clase?  
Sim  Não
- 10) Este año, ¿sus amigos de universidad son distintos de los del año pasado?  
Sim  Não
- 11) ¿Se siente irritado y enfadado cuando está en la universidad?  
Sim  Não
- 12) ¿Se siente aburrido en la universidad?  
Sim  Não
- 13) ¿Sus notas en la universidad son peores de lo habitual?  
Sim  Não
- 14) ¿Se siente en peligro en la universidad?  
Sim  Não
- 15) ¿Repitió curso algún año?  
Sim  Não
- 16) ¿Se siente rechazado en los grupos académicos (tuna, grupos deportivos, asociaciones de estudiantes, etc.) o en las actividades extracurriculares?  
Sim  Não
- 17) ¿Faltó o llegó atrasado a la universidad como consecuencia del uso de alcohol o drogas?  
Sim  Não

18) ¿Tuvo problemas en la universidad por causa del alcohol o drogas?

Sim  Não

19) ¿El alcohol o las drogas interfirieron en sus deberes o actividades?

Sim  Não

20) ¿Fue expulsado alguna vez?

Sim  Não

### Grupo 7

1) ¿Alguno de sus amigos consume alcohol o drogas regularmente?

Sim  Não

2) ¿Alguno de sus amigos vende o regala drogas a otras personas?

Sim  Não

3) ¿Alguno de sus amigos copia en los exámenes?

Sim  Não

4) ¿A sus padres o responsables no le gustan sus amigos?

Sim  Não

5) ¿Alguno de sus amigos ya tuvo problemas con la ley?

Sim  Não

6) ¿La mayoría de sus amigos son mayores que usted?

7) Sim  Não

8) ¿Sus amigos usan chuletas en los exámenes?

Sim  Não

9) ¿Sus amigos se aburren en las fiestas cuando no se sirve alcohol?

Sim  Não

10) ¿Sus amigos llevaron drogas o alcohol a fiestas el año pasado?

Sim  Não

11) ¿Sus amigos robaron alguna cosa en tiendas o dañificaron alguna propiedad a propósito durante el año pasado?

Sim  Não

12) ¿Pertence a algún "gang"?

Sim  Não

13) ¿Se siente incómodo por algún problema que mantenga con algún amigo actualmente?

Sim  Não

14) ¿Siente que no cuenta con ningún amigo en quien pueda confiar?

Sim  Não

15) Si se compara con la mayoría de las persona, siente que tiene pocos amigos?

16) Sim  Não

**Anexo III- Autorização do Investigador, Paulo Jorge Rodrigues, do Instituto Superior de Ciências da Saúde- Egas Moniz para aplicação do seu instrumento de recolha de dados (Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI- R)- Versão traduzida e adaptada).**





**Pedido de autorização para utilização do Instrumento Drug Use Screening Inventory (DUSI R)- Versão traduzida e adaptada por Rodrigues e Cardoso (2013) ao Mestre Paulo Jorge Rodrigues e respetiva resposta de confirmação.**

---


←+!🗑️📁🏷️Mais ▾

10 de 3 920

---

**Pedido de autorização- Instrumento DUSI R**Caixa de entrada x📧 🖨️ 📄

---

**Olívia Maria** <oliviamaria.2010@gmail.com>  
para Paulo ▾

27/09 (há 6 dias) ☆📧 ▾

Muito bom dia Estimado Mestre Paulo Rodrigues.

Eu, Olívia da Conceição Costa Maria, aluna da Universidade de León em parceria com o Instituto Politécnico de Bragança (IPB),

no âmbito da investigação de doutoramento "Consumo de substâncias psicoativas em estudantes universitários. Qual a realidade?", orientada pelas Professoras Doutoradas Ana Galvão e Maria José Liébana, identifico a pertinência da utilização do instrumento DUSI R adaptado e utilizado na investigação "Vulnerabilidade ao stress, qualidade do sono, fadiga e consumo de substâncias em estudantes universitários."


Neste sentido, solicito a autorização para a utilização do instrumento DUSI R supracitado.

Obrigada pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Olívia Costa Maria

---

**Paulo Rodrigues**  
para mim ▾

27/09 (há 6 dias) ☆📧 ▾

Muito boa tarde Estimada Doutoranda Olívia Costa Maria.

Eu, Paulo Rodrigues, no âmbito da investigação de doutoramento "Consumo de substâncias psicoativas em estudantes universitários. Qual a realidade?", da autoria de Olívia Costa Maria, orientada pelas Professoras Doutoradas Ana Galvão e Maria José Liébana, autorizo a total utilização do instrumento DUSI R adaptado e utilizado na investigação "Vulnerabilidade ao stress, qualidade do sono, fadiga e consumo de substâncias em estudantes universitários."

Com os melhores cumprimentos,

Paulo Rodrigues

⋮



Anexo IV- Autorização do Investigador, José Luís Pais Ribeiro, para aplicação do seu instrumento de recolha de dados. (Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS-21))



## **Pedido de autorização para utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) ao autor Professor Doutor José Pais Ribeiro e respetiva resposta de confirmação.**

Pedido de autorização- Escala da Ansiedade, Depressão e Stress

Caixa de entrada x



**Olívia Maria** <oliviamaria.2010@gmail.com>

27/09 (há 6 dias) ☆



para jlpr ▾

Muito boa tarde, Estimado Doutor José Pais Ribeiro

Eu, Olívia da Conceição Costa Maria, aluna da Universidade de León em parceria com o Instituto Politécnico de Bragança (IPB),

no âmbito da investigação de doutoramento "Consumo de substâncias psicoativas em estudantes universitários. Qual a realidade?", orientada pelas Professoras Doutoradas Ana Galvão e Maria José Liébana, identifico a pertinência da utilização do instrumento Escala da Ansiedade, Depressão e Stress- EADS.

Neste sentido, solicito a autorização para a utilização do instrumento(EADS)

Obrigada pela atenção.

Com os melhores cumprimentos e votos de bom trabalho,

Olívia Costa Maria



**José Luis Pais Ribeiro**

04:24 (há 12 horas) ☆



para mim ▾

Cara colega  
Autorizo uso da EADS que estudamos para a população portuguesa.

Cordialmente

José Luis 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 V- Projeto de intervenção - Plano de ação**





## **Projeto de Intervenção e Promoção da Literacia em Saúde e Qualidade de vida nos jovens**

### **1. Âmbito**

O projeto “*Mais saber, Menos risco, Mais saúde*” visa a promoção da literacia em saúde e qualidade de vida nos jovens da comunidade do concelho de Bragança, estimulando a adoção de hábitos e condutas saudáveis ajustados ao contexto comunitário, procurando assim a obtenção de ganhos em saúde, qualidade de vida e bem-estar.

Se para muitos jovens sair de casa, começar a universidade ou um novo emprego, se pode traduzir como uma fase emocionante de crescimento, autonomia e sucessão de estádios evolutivos, para outros inversamente poderá ser vivenciada como foco de apreensão e stress mal geridos pelo indivíduo, apresentando uma variabilidade de atitudes e comportamentos que poderão fragilizar a vida, colocando-a em risco (Galvão, Costa, Gomes & Noné, 2016; Gonçalves, 2012; Oliveira, Carlott & Dias, 2014).

A entrada na universidade, apresenta-se como uma fase de maior autonomia e emancipação, possibilitando novas experiências, mas que ao constituir também um período de maior vulnerabilidade, faz com que estes jovens fiquem mais suscetíveis ao consumo de drogas e aos seus efeitos (Evangelista et al., 2018).

Crescem as evidências de que promover e proteger a saúde mental do jovem traz benefícios não apenas diretamente à sua saúde, tanto a curto como a longo prazo, mas também à economia e à sociedade em que se inserem, pois jovens adultos mentalmente saudáveis serão capazes de produzir maiores e melhores contribuições à força de trabalho, família, comunidade e à sociedade como um todo (Abhainath & Kedare, 2016; Demers, 2013; DGS, 2019a; Serra, 2014)

Destaca-se desta proposta, a imperatividade da sensibilização dos profissionais de saúde para a saúde mental e comportamentos aditivos nos jovens e na comunidade. Intervir com os jovens, de forma individual e em grupo, nas escolas e na comunidade e capacitá-los para escolhas assertivas, promotoras do seu bem-estar biopsicossocial e consequentemente da sua qualidade de vida

É deste modo fulcral que se privilegie o processo de formação e capacitação de profissionais de saúde, professores, representantes sociais, famílias, jovens e comunidade, procurando promover a literacia sobre a saúde mental e determinantes associados ao consumo de substâncias psicoativas, visando a adoção de estilos de vida saudáveis.

### **2. Integração**

Este plano de intervenção enquadra-se na missão dos cuidados de saúde primários de promoção e educação para a saúde em contexto comunitário e de capacitação da comunidade para a satisfação das necessidades dos jovens. É transversal aos cuidados de saúde, com foco na Saúde Escolar, Intervenção Comunitária e Saúde Pública e Saúde Juvenil.

É consequência da evidência científica, dos resultados da investigação sobre a Saúde mental e consumo aditivo de substâncias dos alunos do IPB e de reuniões com profissionais da saúde e restantes parceiros da comunidade.

É ainda de considerar a interligação da presente intervenção com o Referencial de Educação para a Saúde e o Programa Nacional para a Saúde Mental.

### **3. Organização e Parcerias**

- ✓ **Gestor do projeto:** Unidade de Cuidados na Comunidade de Bragança, Instituto Português da Juventude.
  
- ✓ **Cliente/Utilizador:** Jovens da comunidade do Concelho de Bragança (alunos do Instituto Politécnico de Bragança, alunos dos vários agrupamentos de escolas, Comunidade em geral).
  
- ✓ **Parcerias:** Instituto Politécnico de Bragança, Instituto Português do Desporto e da Juventude, Agrupamentos de Escolas de Bragança; Autarquia, Meios de comunicação social locais, (...).

### **4. Período de Intervenção**

**Início:** Outubro de 2019.

**Fim:** Outubro de 2022.

## 5. Projeto de Intervenção e Promoção da Literacia em Saúde e Qualidade de vida nos jovens

<i>“Mais saber, Menos risco, Mais saúde”</i>	
<b>Finalidade:</b> Promover a Literacia em Saúde e a Qualidade de vida nos jovens do concelho de Bragança.	
<b>População Alvo:</b> Jovens da comunidade do concelho de Bragança (estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, alunos dos vários agrupamentos de escolas, comunidade em geral).	
<b>Objetivos Gerais:</b>	<p>Aumentar nos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários de Bragança a promoção da literacia em saúde e qualidade de vida estimulando o desenvolvimento de intervenções na área;</p> <p>Capacitar docentes e técnicos de educação para o desenvolvimento de intervenções de promoção da literacia;</p> <p>Sensibilizar os alunos e jovens e a comunidade do concelho de Bragança para a relevância da saúde mental e problemática afeta aos comportamentos aditivos na saúde global;</p> <p>Melhorar o nível de conhecimentos da comunidade em geral sobre a temática;</p>

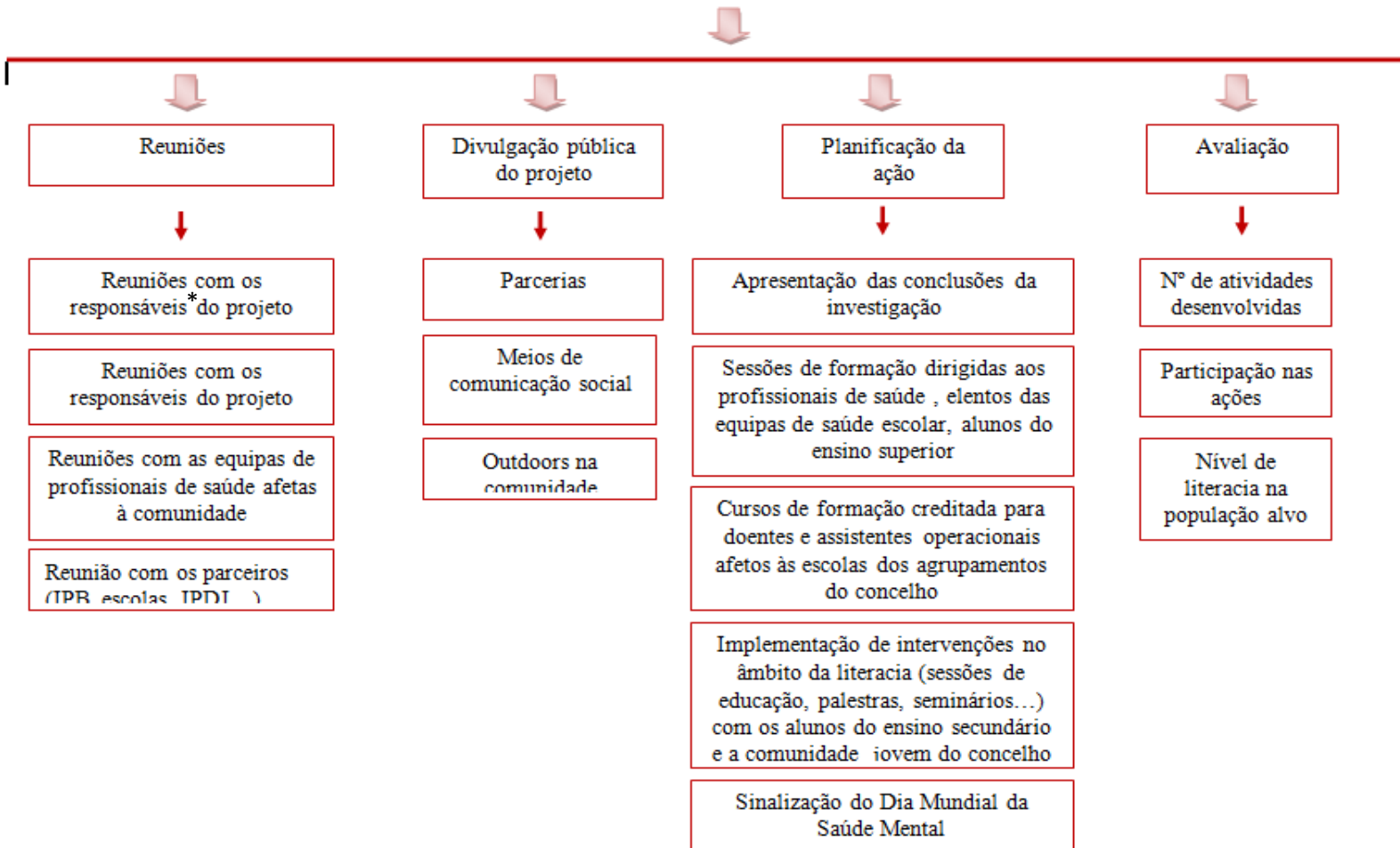
<i>“Mais saber, Menos risco, Mais saúde”</i>			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Nº de ações previstas</b>	<b>Avaliação</b>
Dinamizar sessões de formação e sensibilização com os profissionais afetos aos Centros de Saúde de Bragança;	<p>Apresentação e sensibilização para as principais conclusões da investigação: Consumo de substâncias psicoativas nos jovens universitários...Qual a realidade?</p> <p>Motivação para a abordagem sistemática da saúde mental e a promoção de condutas saudáveis no círculo das adições, no âmbito das consultas de Saúde Infantil e Juvenil e no desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Escolar;</p>	2 Sessões (2h)	<p>Nº de sessões realizadas.</p> <p>Nº de participantes nas ações.</p>
Incrementar sessões de formação, integradas na formação acreditada, para docentes e assistentes operacionais do IPB e dos vários Agrupamentos de Escolas de Bragança;	Realização de formação contínua para docentes dos diferentes grupos disciplinares e ciclos de ensino abordando a capacitação para escolhas saudáveis. Dando preferência a estratégias dinâmicas, participativas e reflexivas capacitando os docentes para a promoção da saúde em contexto escolar, fazendo a articulação com a formação contínua e acreditada de docentes, no âmbito do Referencial de Educação para a Saúde, Saúde Mental em Saúde Escolar e Programa Nacional de Saúde Escolar;	3 cursos de formação (25h)	<p>Nº cursos realizados.</p> <p>Metodologia de avaliação do curso (projeto de intervenção e sessão de apresentação de resultados).</p> <p>Nº de projetos implementados em contexto escolar.</p>

**“Mais saber, Menos risco, Mais saúde”**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Nº de ações previstas</b>	<b>Avaliação</b>
<p>Sensibilizar os alunos do secundário e jovens do concelho de Bragança para a relevância da saúde mental e condutas saudáveis no círculo das adições</p>	<p>Apresentação das principais conclusões da Investigação Consumo de substâncias psicoativas nos jovens universitários... Qual a realidade?</p> <p>Desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental e emocional, adaptados à faixa etária: identificação e gestão de emoções, comunicação; empatia, relacionamento interpessoal; escolhas e riscos; assertividade;</p> <p>Implementação de intervenções (sessões de educação para a saúde e atividades lúdicas- palestras; teatros; jogos lúdicos; histórias interativas, ...), com os alunos do ensino secundário, dos Agrupamentos de Escolas do concelho de Bragança e os jovens do referido concelho:</p>	<p>Variável</p>	<p>Nº de projetos implementados.</p> <p>Nº de alunos/jovens envolvidos nos projetos.</p> <p>Nº de ações realizadas.</p>
<p>Efetuar seminários no âmbito da Saúde mental e Comportamentos aditivos destinados aos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança e comunidade em geral (IPDJ)</p>	<p>Apresentação das principais conclusões da Investigação Consumo de substâncias psicoativas nos jovens universitários... Qual a realidade?</p> <p>Realização de Seminários sobre a saúde Mental e a conduta aditiva</p>	<p>Variável</p>	<p>Nº de seminários realizados.</p> <p>Nº de participantes nos seminários.</p> <p>Avaliação de literacia inicial e final (questionário/reflexão).</p>

<p>Desenvolver a divulgação do projeto nos meios de comunicação locais, na comunidade e nas redes sociais</p>	<p>Divulgação do projeto e sensibilização sobre a temática nos meios comunicação locais (rádio, jornais, páginas de internet das escolas e boletins), através de <i>outdoors</i> e nas redes sociais (<i>facebook</i> da Saúde escolar, ...), podendo envolver os jovens na elaboração de material de divulgação. Dinamização de exposições e campanhas de sensibilização;</p> <p>Sensibilização centrada:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nos benefícios da saúde Mental;</li><li>• Num estilo de vida de saudável;</li></ul> <p>Utilização de <i>slogans</i> apelativos à população-alvo;</p>	<p>Variável</p>	<p>Nº de ações realizadas</p>
---	---	-----------------	-------------------------------

**“Mais saber, Menos risco, Mais saúde”**



\*Errata: Responsáveis por Gestores



## 6. Avaliação

A avaliação será executada pelas entidades gestoras do projeto e pelo coordenador do mesmo, assentando em indicadores de resultado e de desempenho.

**Indicadores de resultado:** A avaliar em 2022, de acordo com o desenvolvimento de um estudo de investigação com características semelhantes ao realizado no presente ano.

<u>Indicadores de resultado</u>	Metas	
	Diagnóstico da investigação em 2017	Outubro 2022
Nível da saúde mental (depressão, ansiedade e stress) dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança	M=3.21	M=3.21
Nível dos hábitos de consumo de substâncias psicoativas dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança	M $\geq$ 15 (exceto na dimensão Estrutura Familiar)	M $\leq$ 15
Pertinência de Formação	84.7%	90%

**Indicadores de desempenho:** A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população alvo convidada para cada atividade.

<u>Indicadores de desempenho</u>	Metas
	Outubro de 2022
Percentagem de ações desenvolvidas	85%
Índice de participação da população-alvo nas ações *	40%

\* Índice de participação da população-alvo nas sessões: as metas previstas têm em consideração toda a comunidade escolar (docentes, assistentes da educação, alunos, jovens da comunidade) bem como os profissionais de saúde das áreas abrangidas.



## **Anexo VI- Declaração do Sr. Presidente do Instituto Politécnico de Bragança**





## DECLARAÇÃO

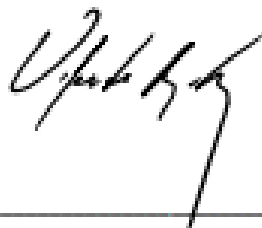
Para os devidos efeitos, declara-se que Olívia da Conceição Costa Maria, aluna de doutoramento em Investigação aplicada às Ciências da Saúde, na Universidade de León, em protocolo com o IPB, realizou o estudo na população de estudantes do IPB intitulado: "Consumo de substâncias psicoativas em jovens universitários... que realidade?", tendo sido autorizada pelo presidente do IPB.

Este estudo recorreu à Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse 21 (EADS21), tendo como objetivos:

- Identificar o nível da saúde mental (depressão, ansiedade e stress) dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança;
- Identificar hábitos de consumo de substâncias psicoativas dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança;
- Implementar intervenções na área da saúde mental na população de estudantes do ensino superior.

Bragança, 30 de junho de 2021

O Presidente do IPB



Prof. Doutor Orlando Isidoro Afonso Rodrigues





## TESIS DOCTORAL

**Consumo de sustancias psicoactivas en universitarios... ¿Cuál es la realidad?**

**Consumo de substâncias psicoativas nos jovens universitários... Qual a realidade?**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR:



*Olívia da Conceição Costa Maria*

**León, 10 de maio de 2022**