

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ana Gabriela da Silva Saraiva

O consumo de tabaco em estudantes de Enfermagem



Viseu, janeiro de 2015

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ana Gabriela da Silva Saraiva

O consumo de tabaco em estudantes de Enfermagem

Relatório Final

Mestrado de Enfermagem Comunitária

Orientação: Professora Doutora Cláudia Chaves e

Professor Doutor João Duarte



Viseu, janeiro de 2015

Agradecimentos

A vida é um longo caminho que por vezes se apresenta sinuoso mas que todos temos que percorrer.

Em todos os momentos da minha existência, os meus pais foram as pessoas que sempre me ampararam, acarinharam, aconselharam e me apoiaram nas decisões que tive de tomar. Nesta etapa de enriquecimento curricular, que agora concluo, apresentaram-se como peças fundamentais num percurso que se manifestou difícil, atribulado, longo e dispendioso. Por tudo isto, os primeiros e os maiores agradecimentos vão para eles, com muito amor, carinho e eterna gratidão por serem os melhores pais do mundo.

Agradeço também à restante família, pelo apoio e paciência, por todo o tempo que lhes foi diminuído e pela coragem que me transmitiram e que me permitiu chegar ao final deste caminho.

À professora doutora Cláudia Chaves, pela sua disponibilidade, paciência e colaboração na orientação deste trabalho, sem a qual não teria concluído este relatório em tempo útil.

Ao professor doutor João Duarte, pelo préstimo dos seus conhecimentos e sabedoria incomparáveis, sem os quais a análise estatística nos nossos relatórios não seria a mesma coisa.

Finalmente agradeço a todos os que de alguma forma colaboraram nesta investigação permitindo que ela chegasse a bom porto...

Resumo

Enquadramento: Em Portugal, mais de 90% dos fumadores iniciaram o consumo de tabaco antes dos 25 anos, verificando-se um aumento entre os jovens mais escolarizados. Os estudantes de enfermagem deviam apresentar comportamentos ajustados a promotores de saúde, justificando os conhecimentos obtidos na formação académica.

Objetivos: Caracterizar o consumo de tabaco nos estudantes de Enfermagem. Identificar as variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam o consumo de tabaco em estudantes de enfermagem. Analisar a influência das variáveis de contexto psicológico no consumo de tabaco nos estudantes de enfermagem.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e explicativo. Questionário constituído pela caracterização sociodemográfica, académica, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, Escala de Afeto Positivo e Negativo, Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina e o Inventário de Personalidade de Eysenck. Amostra não probabilística por conveniência constituída por 404 estudantes de enfermagem.

Resultados: dos participantes 86,1% são do género feminino, 38,4% têm idade igual ou inferior a 20 anos, 88,6% são solteiros e 28,0% frequentam o 4º ano. A prevalência de consumo de tabaco é de 25,2%; 45,0% dos estudantes com menos de 20 anos têm um nível de dependência muito baixo; os residentes em zona urbana e que vivem sozinhos têm valores mais elevados de dependência; verificou-se uma relação preditora entre a extroversão e o stress com o consumo de tabaco.

Conclusão: com este estudo constatamos a necessidade da implementação de disciplinas de dissuasão do consumo de substâncias psicoativas e da criação de uma consulta de cessação tabágica para os estudantes do ensino superior.

Palavras-chave: Tabaco, conhecimentos, atitudes e prática em saúde e estudantes de Enfermagem

Abstract

Background: In Portugal, more than 90% of smokers have initiated tobacco consumption before twenty five years old, with an increase in young more schooled people. Nursing students should show adjusted behavior to health promoters, justifying the knowledge of academic formation.

Objectives: Characterize tobacco consumption between nursing students, identify the sociodemographics and academic variables that influence the tobacco consumption in nursing students. Analyze the influence of the variables of psychological context in the tobacco consumption in nursing students.

Methods: A quantitative, descriptive-correlational and explicative survey. The questionnaire is constituted by the sociodemographics and academic characterization, Stress, Anxiety and Depression Scale, Positive and Negative Affect Schedule, Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Eysenck Personality Inventory. A non-probability convenience sample, constituted by 404 nursing students.

Results: Of participants, 86,1% are females, 38,4% have twenty years or less, 88,6% are single and 28,0% are in the 4^o year; the prevalence of tobacco consumption is 25,2%; 45,0% of students with less than 20 years have very low level of nicotine dependence; those who live in urban area and alone have higher levels of dependence; we found relationship between extroversion and stress with tobacco use.

Conclusion: With this investigation we find the need to implement deterrence disciplines of psychoactive substances (as tobacco) and to create quit smoking programs for the higher education.

Keywords: Tobacco, knowledge, attitudes and health practice and nursing students

“Bombardeamos o cérebro dos nossos alunos com milhões de informações sobre este planeta físico, ensinamos biologia, física, matemática química e tantas outras matérias, mas não lhes ensinamos quase nada sobre o planeta psíquico. Não é à toa que estamos a assistir a uma explosão de doenças emocionais.”

Augusto Cury

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Pensamento	V
Índice Geral	VI
Índice de esquemas	VII
Índice de figuras	VII
Índice de tabelas	VII
Acrónimos e Siglas	X
Abreviaturas	X
Introdução	13
1.ª PARTE - Enquadramento Teórico	19
Capítulo 1: O consumo de tabaco nos estudantes de Enfermagem	21
2.ª PARTE - Contribuição Empírica	31
Capítulo 2: Metodologia	33
2.1 – Métodos	34
2.2 – Participantes	36
2.2.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra	36
2.2.2 - Caracterização académica da amostra	39
2.3 – Instrumentos	40
2.3.1 - Questionário de caracterização sociodemográfica e académica	41
2.3.2 - Escalas e inventários	41
2.4 – Procedimentos	60
2.5 - Análise de dados	60
Capítulo 3: Resultados	63
3.1 - Depressão, Ansiedade e Stress	63
3.2 - Bem estar subjetivo	64
3.3 - Personalidade	65
3.4 - Variáveis contextuais ao consumo do tabaco	66
3.5 - Dependência à nicotina	70
3.6 - Análise inferencial	76

3.6.1 - Relação entre o consumo de tabaco e as variáveis sociodemográficas e acadêmicas	76
3.6.2 - Relação entre o consumo de tabaco e as variáveis de contexto psicológico	79
Capítulo 4: Discussão	85
4.1 - Discussão metodológica	85
4.2 - Discussão dos resultados	86
Capítulo 5: Conclusões	91
Referências Bibliográficas	95
Anexos	
Anexo 1: Questionário Sociodemográfico e acadêmico	
Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Vi-Seu	
Anexo 3: EADS 21 - Escala de Ansiedade Depressão E Stress de 21 Itens	
Anexo 4: PANAS - Positive and Negative Affect Shedule	
Anexo 5: Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina	
Anexo 6: Inventário de Personalidade de Eysenck (versão curta)	

ÍNDICE DE ESQUEMAS:

Esquema 1 – Desenho de investigação.....	35
------------------------------------------	----

ÍNDICE DA FIGURAS:

Figura 1 – Modelo de Equação Estrutural.....	57
Figura 2 – Gráfico do modelo inicial para o consumo de tabaco.....	79
Figura 3 - Gráfico do modelo final ajustado para o consumo de tabaco.....	79

ÍNDICES DE TABELAS:

	Pág.
Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade e ao género da amostra	36
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o género, o peso e a altura	38
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o IMC/género	38
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género	39
Tabela 5 - Caracterização académica da amostra em função do género	40
Tabela 6 - Estatísticas e consistência interna dos itens EADS 21	43
Tabela 7 - Estatísticas e valores de consistência interna por subescala	45
Tabela 8 - Valores de alfa de Cronbach para as subescalas	46
Tabela 9 - Comparação dos valores de alfa de Cronbach dos diferentes autores para a EADS	46
Tabela 10 - Matriz de correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stress	47
Tabela 11 - Consistência interna da escala PANAS	49
Tabela 12 - Consistência interna das subescalas PANAS	49
Tabela 13 - Valores de alfa de Cronbach para as subescalas	50
Tabela 14 - Correlação dos itens com as subescalas dos afetos positivos e negativos	50
Tabela 15 - Comparação dos valores de Alfa de Cronbach dos diferentes autores para a PANAS	51
Tabela 16 - Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas	51
Tabela 17 - Estatísticas e consistência interna do Inventário de Personalidade de Eysenk	52
Tabela 18 - Consistência interna das subescalas – Extroversão e Neuroticismo	53
Tabela 19 - Valores de alfa de Cronbach para as subescalas da personalidade de Eysenk	54

Tabela 20 -	Correlação dos itens com as subescalas da personalidade	54
Tabela 21 -	Comparação dos valores de Alfa de Cronbach dos diferentes autores para o Inventário de Personalidade de Eysenk	54
Tabela 22 -	Matriz de Correlação de Pearson para as subescalas	55
Tabela 23 -	Consistência interna do Teste de Fageström para a Dependência à Nicotina	56
Tabela 24 -	Comparação dos valores de Alfa de Cronbach dos diferentes autores para o Teste de Fageström para a Dependência à Nicotina	57
Tabela 25 -	Correlação dos itens do Teste de Fageström para a Dependência à Nicotina	57
Tabela 26 -	Estatísticas relativas à depressão, ansiedade e stress	63
Tabela 27 -	Teste de U Mann Whitney para a EADS de acordo com o género	63
Tabela 28 -	Análise de variância a um fator para a depressão, ansiedade e stress por grupos etários	64
Tabela 29 -	Estatísticas relativas ao bem estar subjetivo	64
Tabela 30 -	Teste de U Mann Whitney entre bem estar subjetivo e o género	65
Tabela 31 -	Análise de variância a um fator entre bem estar subjetivo e a idade	65
Tabela 32 -	Estatísticas relativas à Extroversão e ao Neuroticismo	65
Tabela 33 -	Teste de U Mann Whitney entre Extroversão e Neuroticismo e género	66
Tabela 34 -	Análise de variância a um fator entre personalidade e idade	66
Tabela 35 -	Prevalência de fumadores	66
Tabela 36 -	Estatísticas relativas à idade de início do consumo de tabaco e género	67
Tabela 37 -	Distribuição da amostra por grupos de idade de início e por género	67
Tabela 38 -	Perceção da dependência ao tabaco	68
Tabela 39 -	Situações do dia associadas ao consumo de tabaco	68
Tabela 40 -	Tentativas para deixar de fumar	69
Tabela 41 -	Recursos utilizados para deixar de fumar	69
Tabela 42 -	Convívio com fumadores em casa	69
Tabela 43 -	Preocupação com o peso ao deixar de fumar	70
Tabela 44 -	Tempo depois de acordar em que fuma o primeiro cigarro	70
Tabela 45 -	Fumar em locais proibidos	70
Tabela 46 -	Cigarro do dia que traz mais satisfação	71
Tabela 47 -	Número de cigarros por dia	71
Tabela 48 -	Fumar mais frequentemente de manhã	71
Tabela 49 -	Fumar mesmo que esteja doente	72
Tabela 50 -	Estatísticas do Teste de Fageström por género	72

Tabela 51 -	Nível de dependência por variáveis sociodemográficas	73
Tabela 52 -	Teste de U Mann Whitney/género	76
Tabela 53 -	Teste de Kruskall Wallis/grupos etários	76
Tabela 54 -	Teste de U Mann Whitney/estado civil	77
Tabela 55 -	Teste de U Mann Whitney/zona de residência	77
Tabela 56 -	Teste de Kruskall Wallis/coabitação	77
Tabela 57 -	Teste T de student para a coabitação	77
Tabela 58 -	Teste de Kruskall Wallis/número de irmãos	78
Tabela 59 -	Teste de U Mann Whitney/atividade remunerada	78
Tabela 60 -	Teste de U Mann Whitney/estatuto de bolseiro	78
Tabela 61 -	Teste de Kruskall Wallis/ano em que está inscrito	79
Tabela 62 -	Teste de Kruskall Wallis/graus de IMC	79
Tabela 63 -	Rácios críticos e coeficientes Beta	80

Acrónimos e Siglas

CE – Comissão Europeia

EADS - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

EPQ-R - Questionário de Personalidade de Eysenck

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

FTQ - Fagerström Tolerance Questionnaire

INS - Inquérito Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PANAS - Escala de Afeto Positivo e Negativo

PNPCT - Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo

QV - Qualidade de Vida

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TFDN - Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina

UE - União Europeia

WHO – World Health Organization

Abreviaturas

vs – versus

cf - conforme

Introdução

O tabagismo é considerado mundialmente como uma dramática epidemia e é a primeira causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos. Cerca de 1 bilião e 200 milhões de pessoas, ou seja, 1/3 da população mundial adulta, é estimada como sendo fumadora, compreendendo 47% do sexo masculino e 12% do sexo feminino. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 100.000 jovens começam a fumar por dia e desses, 80% são de países em desenvolvimento. A idade média para o uso do tabaco é de 15 anos, o que levou esta organização a considerar o tabagismo como uma doença pediátrica (Silva, Sales, França & Siqueira, 2012).

No que diz respeito à mortalidade, mais de 5,4 milhões de pessoas morrem todos os anos por doenças relacionadas com o uso de tabaco e este número poderá atingir os 8 milhões nas próximas duas décadas, se não forem adotadas medidas efetivas de prevenção e de controlo deste flagelo. Em Portugal, morreram em 2005, cerca de 12 600 pessoas por doenças consequentes do consumo de tabaco (11,7% do total de mortes) (DGS, 2012).

Estima-se que em Portugal, este consumo seja o responsável por 1 em cada 10 mortes certificadas na população adulta e ainda especificamente, por cerca de 1 em cada 4 mortes certificadas na população dos 45 aos 59 anos. Uma percentagem superior a 90% dos fumadores portugueses começaram o consumo antes dos 25 anos e de acordo com dados recentes houve um aumento do consumo de tabaco entre os jovens escolarizados (DGS, 2013).

Analisando a sua composição química concluímos que o tabaco é rico numa substância psicoativa geradora de dependência, a nicotina, bem como em substâncias cancerígenas, tóxicas e mutagénicas, não existindo um limiar seguro para a exposição do ser humano, o que obriga à adoção de medidas de prevenção e de proteção da saúde, custo efetivas, continuadas e universais (DGS, 2012).

No Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo [PNPCT, DGS, 2012] foram explanadas as deliberações da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS em 1999. Portugal comprometeu-se, em Novembro de 2005, em adotar um conjunto de medidas diversificadas e plurisectoriais respeitantes à redução da oferta de tabaco, à redução da sua procura e à proteção do meio ambiente, num

esforço conjugado de cooperação internacional, visando proteger as gerações presentes e as futuras dos efeitos devastadores, sanitários, sociais, ambientais e económicos, causados pelo consumo e pela exposição ao fumo do tabaco.

Segundo a World Health Organization [WHO, 2013] cerca de 2,3 milhões de pessoas em todo o mundo já beneficiaram das medidas de controlo ao uso de tabaco tendo este número duplicado nos últimos 5 anos.

Em Portugal o tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, neste contexto e tendo por base os princípios e os eixos de ação para a promoção da saúde expressos na Carta de Ottawa (1986), foi concebido o Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT, DGS, 2012). Este programa foi estruturado em três eixos estratégicos nucleares (prevenção da iniciação do consumo, promoção da cessação tabágica e proteção da exposição ao fumo ambiental), complementados por dois eixos de intervenção transversal, orientados para a informação, a educação, a avaliação, a formação e a investigação. Ressaltamos os cinco eixos de intervenção: (i) Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens, (ii) Promover e apoiar a cessação tabágica, (iii) Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco, (iv) Informar, alertar e promover um clima social favorável ao não tabagismo e (v) Monitorizar, avaliar e promover a formação profissional, a investigação e o conhecimento no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

A batalha contra o tabagismo deve ser uma preocupação central de todos os intervenientes da sociedade, no entanto e não obstante a necessidade de participação coletiva, os profissionais de saúde estão na primeira linha quando se trata de educar para a aquisição e manutenção de comportamentos salutareos, tendo um papel primordial como educadores e modelos sociais.

“Uma das estratégias a serem adoptadas para reduzir o número de mortes causadas pelo tabagismo é incentivar a participação dos profissionais de saúde na prevenção do uso de tabaco e no aconselhamento para a cessação. Uma vez titulares de uma formação especial, dá-lhes potenciação nos cuidados de saúde” (Bonito, 2010, p.3).

Refletindo sobre esta função essencial do profissional de saúde, despertou em nós a vontade de conhecer os hábitos tabágicos dos estudantes de enfermagem enquanto futuros profissionais detentores de conhecimentos científicos na área da saúde e de compreender o que os influenciará na exposição a fatores de risco (nomeadamente ao consumo de tabaco), situação que consideramos contraproducente com o

seu papel de modelo em comportamentos de saúde, uma vez que são vistos assim pelo público em geral, como nos lembra Bonito (2010). Desta forma, decidimos investigar o consumo de tabaco e os seus determinantes sociodemográficos, académicos e psicológicos, nos estudantes de enfermagem.

Uma investigação em questões de natureza psicológicas e da personalidade pode mostrar-nos como os indivíduos pensam, como sentem, como agem e reagem, justificando alguns aspetos que parecem à partida inadequados ou inapropriados.

O estudo da personalidade humana não é simples, devido à grande variedade de elementos que a estruturam, tanto biológicos como psicológicos e sociais. A personalidade caracteriza o indivíduo, tornando-o único e tem repercussões em todos os aspetos da sua vida, inclusive na sua saúde e na sua doença (Carvalho, 2009).

Foram relacionados alguns aspetos da personalidade por Spielberger e Jacobs(1982), nomeadamente a ansiedade e o neuroticismo, com a iniciação e a manutenção do tabagismo e concluíram que estes influenciavam positivamente este comportamento. Se conseguirmos estabelecer uma relação entre variáveis de contexto psicológico, nos estudantes de enfermagem, com o consumo de tabaco, poderemos compreender melhor as suas atitudes/escolhas, identificar indivíduos de risco e criar estratégias de prevenção mais efetivas e mais adequadas, a nível escolar.

Neste contexto, este estudo pretende dar resposta à seguinte inquietação: Qual o consumo de tabaco em estudantes de Enfermagem?

Pretende também conhecer: Quais as variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam o consumo de tabaco nos estudantes de enfermagem? Qual a relação entre as variáveis psicológicas e o consumo de tabaco em estudantes de enfermagem?

Neste sentido, o principal objetivo deste estudo é caracterizar o consumo de tabaco nos estudantes de Enfermagem.

Como objetivos específicos pretende-se: Identificar as variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam o consumo de tabaco em estudantes de enfermagem. Analisar a influência das variáveis de contexto psicológico no consumo de tabaco em estudantes de enfermagem.

Quanto ao tipo de investigação, realizou-se uma pesquisa de natureza quantitativa, descritiva-correlacional e explicativa cujo instrumento de cálculo é o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 22.0 para Windows.

Como instrumento de colheita de dados utilizou-se o Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (TFDN), validado para a população portuguesa por Ferreira, Quintal, Lopes e Taveira (2009), com o objetivo de construir uma versão devidamente validada, quer linguisticamente quer em termos psicométricos, para a língua e cultura portuguesas.

Utilizámos também a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), criada por Lovibond e Lovibond (1995). Esta escala foi adaptada à língua portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), com o objetivo de manter equivalentes às escalas originais, linguística, conceptual e metricamente.

Outro instrumento empregue neste estudo foi a Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS) que aparece pela necessidade de desenvolver uma medida curta, fácil de administrar e válida, para avaliar afetos positivos e negativos. A sua adaptação portuguesa foi desenvolvida por Galinha e Pais-Ribeiro (2005), com 20 descritores das emoções positivas e negativas, que fossem as mais representativas do vocabulário emocional dos portugueses e, concomitantemente, fiéis à estrutura da escala original.

Por último usou-se o Inventário de Personalidade de Eysenck. Trata-se de uma versão curta do Eysenck Personality Inventory que resultou de inúmeras análises factoriais e que mede as duas dimensões da personalidade: extroversão e neuroticismo.

Estruturámos este relatório em duas partes distintas. A primeira corresponde ao enquadramento teórico e a segunda parte à contribuição empírica. O enquadramento teórico começa por desenvolver algumas questões de natureza psicológica relacionadas com o consumo de tabaco, pretendendo encontrar alicerces que sustentem a nossa investigação. Estudámos a extroversão e o neuroticismo, juntamente com a ansiedade, a depressão e o stress, os aspetos positivos e negativos dos afetos e tentámos estabelecer uma relação com os comportamentos de consumo. Será que as características da personalidade de cada um e as situações negativas com que a pessoa se depara influenciam as escolhas menos salutares, ou não existirão verdadeiros indícios dessa relação? Indagámos, posteriormente, sobre o consumo de tabaco nos jovens a frequentar o Ensino Superior em Enfermagem, sobre a incongruência que isso nos atesta enquanto futuros profissionais e promotores da saúde na comunidade, detentores de conhecimentos científicos sobre os malefícios do tabaco na saúde e com um papel atribuível de modelo em comportamentos salutogénicos. Será que os estudantes desta área da saúde terão altos níveis de dependência ao tabaco? Que mudanças poderão as escolas fazer, enquanto promotoras da saúde, no sentido de contrariar a aquisição e manutenção dos hábitos tabágicos pelos seus estudantes?

Fará sentido edificar uma consulta de cessação tabágica nestas instituições de ensino superior?

Na contribuição empírica definimos a opção metodológica, os procedimentos realizados, descrevemos o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem, os instrumentos de colheita de dados utilizados e respetivo tratamento estatístico.

No relatório apresentamos os resultados com análise descritiva e inferencial, as conclusões, sugestões para futuras pesquisas e a explanação das limitações com que nos deparámos ao longo desta investigação.

No final expomos as referências bibliográficas consultadas para a construção desta investigação.

PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1: O consumo de tabaco nos estudantes de Enfermagem

O consumo de tabaco é um dos quatro fatores de risco para doenças crónicas, atualmente responsáveis por 63% das mortes no mundo inteiro. Mesmo com este número inquietante as pessoas continuam a fumar. De acordo com o Eurobarómetro publicado pela Comissão Europeia (CE), quase um terço dos jovens da União Europeia (UE) são fumadores e uma percentagem esmagadora (70%) dos fumadores e dos ex fumadores começou a fumar antes dos 18 anos (Spanou, 2012).

A CE apresentou, em 2014, novas diretivas relativas aos produtos presentes no tabaco, que constituem um passo importante para a política de saúde pública europeia e que se espera contribuir para reduzir, em 2 % até 2020, o número de novos fumadores na UE, principalmente os mais jovens. Entre elas destacam-se: a proibição na adição de aromas à base de frutos ou de mentol para mascarar o sabor do tabaco; a proibição de maços de cigarros atraentes que simulem bâtons para os lábios destinados a atrair especificamente as raparigas e mulheres jovens e que só permitem uma leitura parcial das advertências de saúde; advertências com grande dimensão com texto e imagens (que deverão aparecer na parte superior de ambos os lados dos maços de cigarros e de tabaco de enrolar), para informar as pessoas sobre as graves consequências do tabagismo na saúde e ajudá-las a fazer escolhas assertivas; disposições específicas aos cigarros electrónicos, para que os consumidores possam estar seguros de que esses produtos respeitam as normas em matéria de segurança e de qualidade (Borg, 2014).

Em Portugal, segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), num estudo realizado entre 2005 e 2006, 20,9% da população residente com 15 e mais anos de idade, era fumadora (sexo masculino: 30,9%; sexo feminino: 11,8%) e 18,7% fumava diariamente. Mais de metade dos homens fumava, ou já tinha fumado (56,9%), ao contrário das mulheres que, na grande maioria (81,3%), nunca tinha fumado (Machado, Nicolau & Dias, 2009).

Existem alguns fatores que predispõem a população mais jovem a este tipo de condutas contribuindo para a sua dependência tabágica, mas que variam de pessoa para pessoa, tornando mais complexa a abordagem deste problema. Entre esses fatores, salientam-se os de natureza individual (biológicos e psicológicos), os micro sociais (família, escola e amigos), os fatores macro sociais (destacam-se os meios de comunicação social) e ainda os ambientais, económicos, culturais e outros (Precioso, Samarrinha, Albuquerque, Antunes, Bonito, Rebelo, & Rosas, 2009).

Do ponto de vista comportamental, o ato de fumar é regulado pelas suas consequências imediatas e a sua repetição resulta de processos de aprendizagem e de reforços (positivos/negativos), que ao longo do tempo se apreendem e se tornam automáticos, num padrão de comportamento duradouro, que conduz à dependência (Martins, 2012).

Como podemos verificar, vários são os fatores que poderão condicionar as escolhas individuais no que diz respeito a comportamentos menos assertivos, como a influência da personalidade.

Historicamente, o termo personalidade advém do latim *persona*, que se refere às máscaras que eram usadas pelos atores de teatro na antiguidade e através das quais exprimiam as diversas emoções. Foram reconhecidas por Eysenck & Eysenck (1968) duas dimensões primárias da personalidade: a extroversão e o neuroticismo. Estes autores consideram que estas dimensões representam a atividade nervosa e identificam a extroversão como um contínuo entre extroversão e introversão e o neuroticismo como um contínuo entre neuroticismo e estabilidade emocional. Assim, a personalidade seria enquadrada em quatro dimensões: introversão-extroversão e estabilidade-neuroticismo. A extroversão seria constituída por fatores como a sociabilidade, a assertividade, as emoções positivas, a vivacidade e o nível de atividade. A dimensão do neuroticismo seria composta por um conjunto de características de personalidade, abrangendo a ansiedade, a depressão, a vulnerabilidade psicológica e a hostilidade. Traços de neuroticismo podem tornar o fumador mais vulnerável ou sensível às propriedades da nicotina, contribuindo para sua adoção e manutenção do hábito.

Os traços de personalidade, pelos quais se podem prever e descrever muitos comportamentos individuais e sociais, seriam explicados pelo "lugar" que ocupariam relativamente a estas quatro dimensões. Estes traços são disposições do indivíduo capazes de lhe demarcar uma determinada estabilidade comportamental, que são passíveis de serem medidos, uma vez que se tratam de características permanentes. Cada indivíduo possui, desta forma, diversos traços com diferentes graus de influência na sua personalidade.

Apesar da variedade de conceitos, a personalidade apresenta-nos a ideia de unidade integrativa da pessoa, com todas as características diferenciais permanentes (inteligência, carácter, temperamento, constituição, entre outras) e as suas modalidades ímpares de comportamento. Desta forma, personalidade não é mais do que a ordenação dinâmica de todos os aspetos cognitivos, afetivos, conativos (impulso para a ação), fisiológicos e morfológicos de um indivíduo (Carvalho, 2010). Esta autora defende ainda que *“A personalidade é algo que caracteriza o sujeito e que o torna único,*

tendo repercussões em todos os aspectos da sua vida, inclusive na saúde e na doença” (Carvalho, 2010, p.1).

Considerando a variedade de definições do conceito (personalidade) subsiste uma certa unanimidade em considerá-la algo estável, único e específico que permite distinguir o indivíduo, conferindo-lhe individualidade (Bessa, 2011).

A relação entre tabagismo e perfil de personalidade exhibe uma extensa e polémica história. Spielberger e Jacobs (1982), referiram que o tabagismo estaria positivamente relacionado com os seguintes aspetos da personalidade: extroversão, tendências antissociais e comportamento impulsivo e no que diz respeito a esta dependência, os fumadores seriam considerados mais tensos, neuróticos e ansiosos do que os não fumadores. Monteiro, Veiga e Gonçalves (2009) são da opinião que perceber a relação existente entre consumo de tabaco e personalidade é um verdadeiro desafio, pois as teorias mais difundidas sobre personalidade são controversas e necessitam de uma base empírica que sustente aplicações práticas ou a compreensão de teorias mais abrangentes, desta forma não surpreende a escassez de estudos contemporâneos sobre este tema.

Numa revisão sistemática de literatura concretizada por Rondina, Gorayeb e Botelho (2007) sobre as características de personalidade do fumador como um dos obstáculos à cessação do tabagismo, eles descrevem a extroversão como sendo composta por fatores como sociabilidade, assertividade, emoções positivas, vivacidade e nível de atividade. No entanto, estes autores sugerem que a associação entre tabagismo e a extroversão está a diminuir, provavelmente devido à mudança na visão social do consumo de tabaco ocorrida nos últimos tempos, em que este passou a ser considerado um hábito indesejável em vários países. É possível que muitos fumadores extrovertidos tenham sido penalizados ou censurados pelo consumo de tabaco em situações de interação social, isto pode ter contribuído para diminuir o nível de associação entre tabagismo e essa característica de personalidade. Afirmam ainda estes autores que as pessoas apresentam distintas razões para fumar e que podem ser afetadas, ao mesmo tempo, por variáveis individuais e situacionais. Descrevem-nos assim, duas classes de situações que parecem desencadear o desejo de fumar: uma consiste em situações de tédio, que produzem necessidade de aumentar a estimulação cortical e a outra parece ser produzida pelo stress. Nesta revisão de literatura há também uma forte associação entre o consumo de tabaco e um fator de personalidade caracterizado pela necessidade de experimentar sensações estimulantes ou excitantes. A dimensão “busca de sensação” pode ser definida como a “busca de sensações e experiências novas, variadas, complexas e intensas e a predisposição a assumir riscos físicos, sociais, legais e financeiros em função de tais experiências”. Considera-

se ainda nesta revisão, a evidência da associação entre tabagismo e ansiedade, apesar de ser menos consistente que a relação tabagismo/depressão, sugerindo-se a hipótese de que a natureza da relação entre tabagismo e ansiedade varia segundo o diagnóstico do distúrbio de ansiedade (Rondina, Moratelli & Botelho, 2007).

Existem também alguns estudos que nos expõem os estudantes dos cursos da área da saúde com valores de ansiedade e de depressão acima dos níveis normais, alegando como fatores determinantes e fontes de stress a sobrecarga curricular, o ambiente da própria instituição, a perda de controlo sobre a disponibilidade de tempo e as dificuldades na gestão de tempo de lazer. Estas alterações psicológicas desencadeiam modificações nos estilos de vida destes estudantes, nomeadamente no que se refere a hábitos alimentares, consumo de álcool e de tabaco. Com os resultados alcançados obteve-se uma base para chamar a atenção da necessidade de intervir junto dos estudantes da área da saúde, no sentido de prevenir consequências negativas do stress académico e de melhorar o seu bem-estar e os estilos de vida, promovendo recursos individuais e sociais relevantes (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso & Ferreira, 2008).

O tabagismo pode também ser relacionado com o stress e a perceção de controlo sobre os fatores stressizantes ou seja, o consumo de tabaco pode ser percebido como um recurso eficaz, no sentido de lidar com o stress e ansiedade. Neste sentido, quando os fumadores enfrentam situações mais stressizantes e em que o consumo de tabaco é restringido, a sua perceção de controlo e de reação pode ser diminuída. Estas consequências podem talvez explicar, como os sintomas de abstinência após a cessação do consumo trazem dificuldades em lidar com situações socialmente stressizantes; além disso, podem explicar também o porquê de o stress aumentar a obsessão por cigarros e as recaídas após tratamentos para abandono do hábito (Rondina, Martins, Manzato & Terra, 2013).

Numa análise feita por Cardoso, Santos e Berardinelli (2009) surgiu a discussão do cigarro como sendo um fator redutor do stress e em que este surge com o papel de “válvula de escape” para o stress, oferecendo alívio. Estes autores referem que o stress e o cigarro criam uma relação interna de dependência e desta forma, à medida que o stress se acumula, aumenta a vontade de fumar o que leva naturalmente ao consumo de cigarros. Neste estudo foi também possível relacionar o estilo de vida dos universitários com o consumo de tabaco, bem como determinar as causas do uso do cigarro e os principais motivos ligados a esta utilização, tendo o stress e os grupos sociais uma forte influência no processo de iniciação e manutenção do tabagismo.

Considerado o tabagismo uma calamitosa epidemia para a saúde do ser humano e percebendo as suas particularidades no indivíduo de acordo com a sua perso-

nalidade, refletimos agora sobre a sua presença nas populações mais jovens, nomeadamente nos estudantes do Ensino Superior.

A indústria tabaqueira tem recorrido nos últimos tempos a técnicas de marketing e de publicidade cada vez mais subtis e engenhosas para aumentar as suas vendas e margens de lucro, direcionando-as para os grupos-alvo mais vulneráveis, como é o caso dos jovens, principalmente do sexo feminino, que têm sido os principais destinatários de campanhas dissimuladas, como a criação dos cigarros light, dos cigarros com forma de batom, com a adição de aromas à base de frutos ou de mentol, entre outras.

O panorama da evolução dos consumos nocivos, entre os jovens de 35 países europeus nos últimos anos, não é animador. No entanto, em relação ao tabaco, na generalidade dos países, verifica-se uma estabilização ou o decréscimo do mesmo, tendência acompanhada em absoluto pelos jovens portugueses (Pimentel, Mata & Anes, 2013).

O consumo de tabaco no jovem adulto, junto com outros comportamentos de risco, nomeadamente o sedentarismo, os maus hábitos alimentares, as horas de sono inadequadas ou o consumo excessivo de álcool, atuam de forma sinérgica e aumentam drasticamente a probabilidade de incidência de doenças crónico-degenerativas.

O jovem adulto, a frequentar o Ensino Superior, vivencia sérias mudanças que circundam várias faces da sua existência, nomeadamente, a escolha de uma carreira profissional, um processo de socialização muito diferenciado (que pode incluir o afastamento à família, uma forte sensação de liberdade e de autonomia), o começo da construção de um futuro de acordo com as perspetivas planeadas, e ainda outros fatores, como o facto de já não ser visto pela sociedade como um adolescente mas sim como um adulto, com responsabilidades financeiras e sociais. Estas alterações afetam de forma direta o estilo de vida dos referidos estudantes, bem como hábitos que são adquiridos e/ou consolidados, como é o caso do tabagismo (Cardoso, Santos & Berardinelli, 2009).

A ideia de que *“...a escolha de uma actividade profissional para os jovens, representa o primeiro grande obstáculo a vencer, pois cada vez mais estão sujeitos a múltiplos condicionalismos, o que de alguma forma vão interferir nas suas expectativas”*, é-nos também transmitida por Pedrosa, Melo, Amado, Silva, Neves, Freitas, ... & Brito (2012, p.31).

O primeiro ano na universidade constitui o tempo necessário para estabelecer a identidade própria e para fazer novos amigos. É entrar num novo ambiente, sem os limites impostos pelos grupos de pares que marcaram a educação até ao secundário (Sánchez-Hernández & Pillon, 2011).

O consumo de tabaco e de álcool nestes estudantes pode ocorrer num contexto académico de maior vulnerabilidade pela particular envolvimento, ritualizada e institucionalizada (Pimentel, Mata & Anes, 2013).

Segundo a análise dos dados do INS 2005/2006, realizada por Machado, Nicolau e Dias (2009), sobre o consumo de tabaco na população portuguesa, a idade de início por grupos etários mostrou que no sexo masculino a idade média de início variou entre os 16 e os 18 anos, enquanto no sexo feminino se observou uma maior variabilidade da idade média de início do consumo, tendo a maioria começado a fumar entre os 16 e os 26 anos.

Todos os hábitos adquiridos durante o percurso universitário podem estender-se a outras fases da vida, conduzindo a uma qualidade de vida inferior. A perceção dos estilos de vida dos estudantes do ensino superior é importante, para facilitar a conceção de estratégias promotoras hábitos de vida saudáveis e para prevenir problemas no futuro (Faria, 2012).

Para os estudantes universitários, o consumo de álcool e de outras drogas pode provocar, além de consequências pessoais e sociais, um significativo prejuízo no seu processo de profissionalização, com um mau desempenho académico e com estimáveis problemas de saúde, que se repercutirão durante toda a sua formação académica (Silva, Sousa, Nogueira, Moreira & Chaves, 2013).

Esta fase da vida, com a pressão dos “novos amigos” e a procura da independência, podem colocar o jovem em situação de risco no que se refere ao consumo de substâncias nocivas à saúde.

A maior parte dos jovens têm consciência desse risco, mas preferem ignorá-lo por atribuírem maior valor às consequências psicossociais relacionadas a esses comportamentos (Pimentel, Mata & Anes, 2013). Estes autores referem também que um dos aspetos fundamentais diz respeito ao processo de socialização dos indivíduos que pressupõe a tomada de iniciativas que englobam a exploração, a descoberta e a aprendizagem. No que diz respeito aos jovens importa focar toda a atenção nos comportamentos que mais se identificam com este grupo etário, designadamente em termos de consumo de substâncias psicoativas. Desta forma, o abuso e as perturbações neste grupo poderão acontecer dentro de um contexto académico de maior vulnerabilidade pela envolvimento tão peculiar, ritualizada e institucionalizada destes estudantes (Pimentel, Mata & Anes, 2013).

As instituições de ensino superior são um espaço aberto, de livre acesso às suas instalações, à qual ocorrem uma quantidade significativa de pessoas principalmente jovens adultos. Desta forma, não escaparam, tal como outros centros educati-

vos, ao flagelo do fenômeno das drogas, sendo notório observar o consumo de tabaco entre os seus membros (Sánchez-Hernández & Pillon, 2011).

A escola deveria, no entanto, representar um espaço de ensino-aprendizagem, com obrigação de desenvolver atividades para promover e proteger a saúde de toda a comunidade educativa, concebendo formas salutaras de trabalhar, estudar e viver, protegendo o ambiente e a sua sustentabilidade e ainda fomentando a promoção da saúde no ensino, na investigação e na comunidade (Pedroso *et al*, 2012). Será este, sem dúvida, um dos objetivos principais das escolas promotoras de saúde. *“Os contextos promotores de saúde são o modelo actualmente mais recomendado para promover a saúde dos cidadãos, sendo a escola um contexto formal privilegiado em que a educação para a saúde dos estudantes pode ser potenciada”*, esta ideia é-nos partilhada por Martins (2012, p.57). Também Rocha (2008) nos refere que a escola é um lugar onde se deve investir em saúde, na medida em que esta desempenha um importante papel no processo de aquisição de estilos de vida. Baseado na evidência dos comportamentos dos estudantes universitários, concluiu-se que há necessidade de cativar e envolver a(s) Universidade(s) em projetos como o das Escolas Promotoras de Saúde, com a integração da saúde na cultura. Importa também salientar a necessidade de implementar medidas e atitudes que correspondam a uma evolução mais positiva, como desenvolver projetos promotores de saúde nas universidades que promovam todos estes aspetos, sendo necessário criar condições que apoiem a promoção da saúde dos universitários, com parcerias estratégicas, como nos refere Rocha (2008).

A formação universitária deve estar preparada para agir na redução da procura de substâncias psicoativas, convertendo a educação num modelo pedagógico para promover a saúde. As crenças e as atitudes relacionadas com este problema são importantes para a enfermagem, uma vez que esta presta um papel fundamental nos cuidados da saúde quer a nível individual, familiar e comunitário. Esses cuidados visam a aquisição ou a manutenção de estilos de vida saudáveis e devem ser congruentes com os ensinamentos que lhes foram ministrados durante o curso e durante a sua vida profissional (Montalvo-Prieto & Castillo-Ávila, 2013).

Em estudantes de diferentes cursos da área da saúde, apesar de deterem consciência de que a saúde tem uma relação direta com a Qualidade de Vida (QV), têm uma baixa preocupação com seus próprios comportamentos de risco, direcionando nesta fase da sua vida, maior atenção à obtenção de bens materiais (Santos, 2004). Nos dias de hoje, é provável que o estilo de vida seja um dos mais importantes determinantes de saúde da comunidade estudantil e apesar do acesso a informações de

saúde que possui, os estudos comportamentais mostram que estudantes revelam cada vez mais novos comportamentos de risco (Alves, 2011).

Neste contexto, os estudantes de enfermagem, de acordo com os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e pelas campanhas frequentes apresentadas relacionadas com o tabaco, estão conscientes dos malefícios do tabagismo (Cardoso, Santos & Berardinelli, 2009). No entanto, a este respeito, Montalvo-Prieto e Castillo-Ávila (2013) dizem-nos, como conclusão do seu estudo sobre *“Conhecimentos, atitudes e práticas frente às substâncias lícitas e ilícitas dos estudantes de enfermagem de Cartagena (Colômbia)”*, que o conhecimento destes estudantes sobre o assunto não é suficiente, ainda que apresentem algumas atitudes benéficas para a prevenção e o controlo do consumo destas substâncias. Afirmam ainda estes autores que, o consumo de substâncias psicoativas pelos estudantes de enfermagem, ainda que não seja de grande magnitude, é um problema que merece resolução pelos organismos responsáveis pelos programas de bem-estar universitário, devendo fortalecer-se os conteúdos curriculares sobre o fenómeno.

Num estudo realizado por Silva, Sales, França e Siqueira (2009), no Brasil, sobre a prevalência do tabagismo entre estudantes de enfermagem, os resultados mostraram que 32,3% fumavam, o que segundo os autores deveria conduzir a uma melhoria nas temáticas abordadas nesta área dos consumos de substâncias nocivas à saúde.

Nas Honduras, numa investigação dedicada ao tabagismo entre universitários de vários cursos, realizada por Sánchez-Hernández e Pillon (2011), a prevalência da dependência da nicotina nos estudantes de enfermagem era de 14%, mas 30% já tinham experimentado o tabaco. Este estudo permitiu refletir sobre o comportamento dos fumadores e a planear ações preventivas nesta área.

Nos jovens estudantes do ensino superior português, Pimentel, Mata e Anes (2013) estudaram 672 alunos de várias licenciaturas e concluíram que, em relação ao tabaco observam-se maiores consumos nos rapazes comparativamente com as raparigas (48,5%, vs. 36,3%).

Num estudo realizado por Bonito (2010) com estudantes de enfermagem, percebeu que os resultados apontavam para uma experiência com o fumar na ordem dos 84,6%, com maior incidência entre os alunos do sexo feminino, e que cerca de 34,6% dos alunos tinha fumado durante o último mês, ainda que 50% tivesse estado exposto ao fumo.

Estes dados são contraproducentes com a imagem atribuída aos profissionais de saúde, relacionada com o seu papel de promotores de saúde e com todo o seu “saber”.

Profissionais de saúde que fumam enviam uma mensagem ambígua aos seus pacientes, a quem aconselham a cessação do consumo de tabaco (Sychareun, Hansana, Choummanivong, Nathavong, Chaleunvong & Durham, 2013).

A este respeito Granville-Garcia, Sarmiento, Santo, Pinto, Sousa e Cavalcanti (2012, p.390), referem que *“Estudantes de cursos de ciências da saúde merecem uma especial atenção em relação ao tabagismo, uma vez que eles serão modelos de comportamentos de saúde para as comunidades”*.

As implicações, nos estudantes de enfermagem, remetem ao seu papel como profissionais na área da saúde, capazes de desenvolver ações profiláticas no campo social e de saúde pública e que esses futuros profissionais servirão como modelo para seus pacientes, tornando maior a sua responsabilidade em evitar o uso de substâncias psicoactivas (Silva, Sousa, Nogueira, Moreira & Chaves, 2013).

Também no estudo *“Avaliação da concentração de monóxido de carbono em estudantes universitários da área da saúde”*, os autores mencionam que apesar dos jovens inquiridos serem futuros profissionais da área de saúde e terem que incorporar um importante papel social como formadores de opinião e modelos de comportamento, existe uma percentagem significativa de indivíduos fumadores entre os cursos da área da saúde (Barros, Schuck, Mana, Salicio & Shimoya-Bittencourt, 2012).

Os profissionais de saúde são a rosto visível da saúde pública em muitos países e são vistos como modelos de comportamento de saúde para o público em geral. Estes agentes da saúde que continuam a fumar enviam uma mensagem inconsistente de não parar de fumar aos seus clientes, uma vez que num processo de mudança de atitudes a conduta do mensageiro é decisiva para o valor da mensagem que ele transmite (Bonito, 2010). Para este autor, *“todas as escolas que formam profissionais de saúde, instituições de saúde pública e profissionais da educação devem desencorajar o uso do tabaco entre futuros profissionais de saúde, e trabalhar juntos para elaborar e implementar programas para treinar todos os profissionais de saúde, com eficácia, em técnicas de prevenção e de aconselhamento para a cessação do consumo de tabaco”* (Bonito, 2010, p.3).

É preciso consciencializar estes futuros profissionais para a ideia de que necessitam ser congruentes em relação aos cuidados prestados aos seus futuros clientes e aos cuidados que têm com a sua própria saúde, uma vez que a relação de confiança entre profissional-cliente pode ser ameaçada, o que poderia influenciar a adesão aos tratamentos propostos (Cardoso, Santos & Berardinelli, 2009).

Não podemos esquecer o facto de estes estudantes serem detentores, graças ao seu curriculum académico, de um vasto leque de conhecimentos científicos sobre os constituintes do tabaco, os malefícios do tabagismo e o drama das dependências.

Não obstante, esses conhecimentos não impedem os jovens em causa de optarem pelo consumo de tabaco. Desta forma e tratando-se de futuros profissionais de saúde, torna-se imprescindível uma melhoria no “saber” que lhes é transmitido sobre a temática substâncias psicoativas, através da sua inclusão de forma transversal nos currículos e da realização de seminários e *workshops* com a colaboração de diversas áreas do conhecimento. Nos cursos da área de saúde, o tema poderia ser abordado de forma interdisciplinar, nas áreas de saúde mental, psiquiatria, pediatria e de atenção ao adolescente e ao jovem, com ênfase nos aspetos preventivos (Silva, Sales, França & Siqueira, 2012).

Já outros autores consideram importante perceber o significado atribuído ao uso de tabaco por profissionais de saúde, referindo que na formação destes e para melhoria da qualidade da assistência prestada, deveria dar-se relevância aos significados do próprio uso destas substâncias, defendendo que a partir do momento a pessoa se reconhece como fumador, ou ex-fumador, a sua perceção sobre as necessidades dos outros consumidores dessa substância são modificadas. A importância do autoconhecimento destes profissionais, procurando identificar as suas crenças, valores e preconceitos em relação ao tabagismo e aos fumadores, adquire elevado relevo, uma vez que estes aspetos podem ser pouco evidentes, mas podem afetar o seu comportamento ou as suas abordagens no momento do cuidado (Reisdorfer, Gherardi-Donato & Moretti-Pires, 2013).

PARTE 2: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 2: Metodologia

Neste capítulo apresentamos a metodologia utilizada. Alicerçado no enquadramento teórico apresentado, definimos os procedimentos que nos ajudaram a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Descrevemos e explicamos o tipo de investigação que realizámos, as variáveis em estudo, a amostragem efetuada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatísticos realizados.

De salientar que este estudo emanou de uma proposta inicial de investigação conjunta de vários elementos do II Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, sobre *“Personalidade versus fatores de risco nos estudantes de enfermagem”*. Posteriormente, cada uma refletiu sobre um desses fatores de risco, sendo o instrumento de colheita de dados e a amostra comuns, para dar origem a distintas investigações individuais, sendo a nossa sobre o consumo de tabaco como um fator de risco para estes estudantes.

2.1 - Métodos

O tabagismo assume-se na população mundial como uma terrível epidemia de consumo. Nos dados colhidos pelo último Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2005/2006) alusivos à população residente em Portugal, na população com 15 ou mais anos revelou-se uma prevalência de fumadores, diários e ocasionais, de 20,9%. Segundo Precioso *et al* (2009) a maioria dos fumadores começa a fumar antes dos 18 anos de idade, embora em Portugal, cerca de 30% tenha começado a fumar mais tarde. Este autor diz-nos ainda que a maioria dos estudantes universitários começaram a fumar regularmente no ensino básico ou secundário e a percentagem de mulheres que começa a fumar na universidade é bastante elevada (cerca de 33%) e superior à dos homens. Apesar de a idade de início do consumo do tabaco se situar abaixo dos 18 anos, é nos estudantes do ensino superior que este comportamento apresenta padrões de consumo mais preocupantes, tornando-os um grupo vulnerável, necessitando por isso de investigação. Esta ideia é corroborada por Rocha (2008, p.31) que nos diz que *“... a população universitária, embora não seja das mais carentes em saúde, está em risco de problemas específicos e padrões de comportamento que incluem, com relativa frequência, o consumo de drogas lícitas e ilícitas.”*

Refletindo sobre a problemática do tabagismo nos estudantes de enfermagem e sobre a função do profissional de saúde enquanto modelo de comportamentos saudáveis, despertou-nos a vontade de conhecer os seus hábitos tabágicos e de compreender os fatores sociodemográficos, académicos e psicológicos que influenciam estes estudantes, detentores de conhecimentos científicos nesta área da exposição a fatores de risco (nomeadamente no consumo de tabaco).

Desta forma pretendemos com este estudo dar resposta à seguinte inquietação: Qual o consumo do tabaco em estudantes de Enfermagem?

Pretende também conhecer: Quais as variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam o consumo de tabaco nos estudantes de enfermagem? Qual a relação entre as variáveis psicológicas e o consumo de tabaco em estudantes de enfermagem?

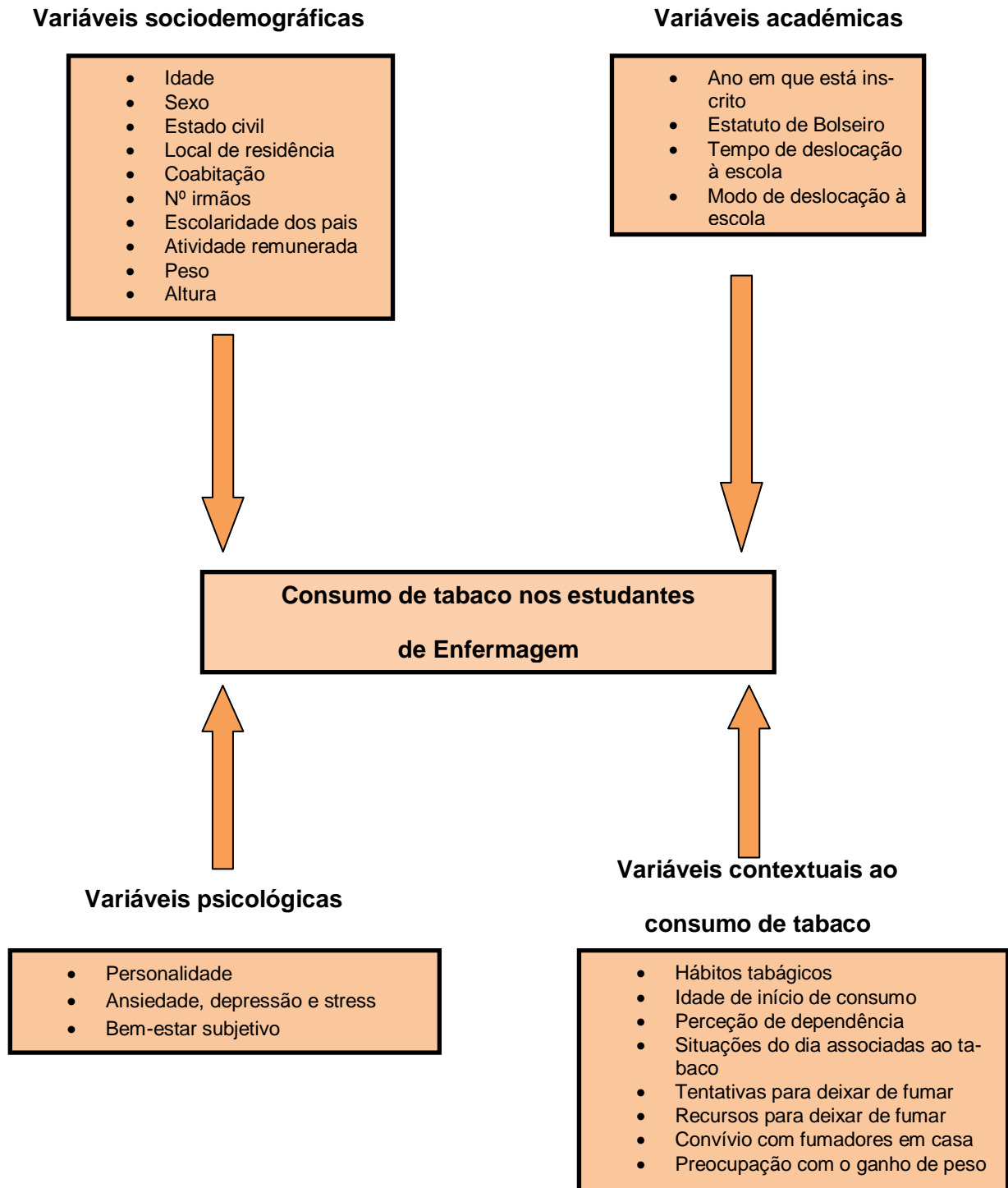
Neste sentido, o principal objetivo deste estudo é caracterizar o consumo de tabaco nos estudantes de Enfermagem.

Como objetivos específicos pretende-se: identificar as variáveis sócio demográficas e académicas que influenciam o consumo de tabaco em estudantes de enfermagem; analisar a influência das variáveis de contexto psicológico no consumo de tabaco em estudantes de enfermagem.

Realizou-se uma pesquisa de natureza quantitativa, descritiva-correlacional e explicativa. O instrumento de cálculo utilizado é o SPSS, na versão 22.0 para Windows.

Perante as questões de investigação e os objetivos formulados elaborámos o seguinte desenho de investigação.

Esquema 1 – Desenho de investigação



2.2 - Participantes

Para o estudo em questão recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência constituída pelos estudantes de enfermagem, a frequentarem algumas escolas públicas de Enfermagem do país, que se disponibilizaram a participar voluntariamente no estudo.

2.2.1– Caracterização sociodemográfica da amostra

Participaram neste estudo 404 estudantes de enfermagem dos quais 86,1% eram do género feminino e 13,9% do masculino. É uma distribuição díspar, mas que de algum modo reflete a tendência da distribuição por género nas escolas de enfermagem.

Idade

As estatísticas da idade revelam que a idade mínima é de 18 e a máxima de 54 com uma média de 23,60 e desvio padrão de 6,67. No género feminino a idade mínima é de 18 anos e a máxima de 54 anos, enquanto no masculino oscilam entre 18 e 47 anos. As médias e desvios padrão são de (M= 23,36 ± 6,576) e (M= 25,09 ± 7,136) respetivamente. Os coeficientes de variação indiciam dispersões moderadas em torno do valor médio para o género e globalidade da amostra.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade e ao género da amostra

	N	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação	Mínimo	Máximo
Idade	404	23,60	6,674	28,16%	18	54
Masculino	56	25,09	7,136	28,44%	18	47
Feminino	348	23,36	6,576	28,22%	18	54

Uma vez que a amplitude de variação se cifra nos 36 anos, procedemos ao seu reagrupamento em três grupos etários, considerando o primeiro os de idade <= 20 anos, o segundo dos 21-22 nos e o terceiro que engloba os estudantes com idade superior ou igual a 23 anos. Os resultados expressam-se na tabela 4 sendo notório que o maior grupo (38,4%) têm idade igual ou inferior a 20 anos, e destes 28,6% são do género masculino e 39,9% do feminino; 29,7% dos estudantes têm entre os 21 e 22 anos (21,4% do género masculino e 31,0% do feminino); 31,9% têm idade superior ou igual a 23 anos, correspondendo a 50% dos estudantes do género masculino e 29,0% do feminino.

Estado civil

Pela análise da tabela podemos atestar que a grande maioria dos estudantes deste estudo (88,6%) são solteiros ou divorciados e só 11,4% são casados ou em união de facto. Quanto ao género podemos constatar que 89,4% das estudantes femininas são solteiras e 10,6% casadas ou em união de facto e dos estudantes masculinos 83,9% são solteiros e 16,1% casados ou em união de facto.

Zona de residência

Podemos verificar na tabela 4 que, dos 404 estudantes que participaram no estudo, 58,9% habitam em zona urbana e 41,1% em zona rural. Também constatámos que é no género feminino que a percentagem de estudantes que residem na zona urbana é maior com 60,1% contrastando com 39,9% que residem na zona rural. No género masculino, 51,8% também residem na zona urbana e 48,2% em zona rural.

Coabitação

No que se refere à coabitação, podemos concluir que a maioria dos estudantes (53,7%) coabita com a sua família (62,5% dos estudantes do género masculino e 52,3% do feminino), 41,8% com amigos ou em residência estudantil (30,4% dos estudantes do género masculino e 43,7% do feminino) e apenas 4,5% vivem sozinhos, sendo 7,1% dos estudantes do género masculino e 4,0% do feminino.

Habilitações literárias dos progenitores

Analisando as habilitações literárias do pai, verificamos que em 64,6% dos inquiridos elas não vão além do ensino básico, em 26,2% atingem o ensino secundário e apenas em 9,2% o ensino superior. No que diz respeito às habilitações literárias da mãe, 54,7% possuem o ensino básico, 27,7% o secundário e 17,6% o ensino superior.

Número de irmãos

No que se refere ao número de irmãos dos estudantes que participaram neste estudo 65,8% têm um só irmão, 18,5% têm dois irmãos e 14,7% não têm nenhum irmão. Apenas 1,0% têm três ou mais irmãos.

Atividade remunerada

Quando inquirimos se os estudantes possuíam alguma atividade remunerada, 74,3% responderam que não, enquanto 25,7% responderam que sim. Foi no género

feminino que esta percentagem foi mais marcada, com 76,4% das inquiridas a afirmarem não possuir nenhuma atividade remunerada, contra 60,7% dos inquiridos.

Índice de massa corporal (IMC)

Como é referido na literatura o índice de massa corporal, mais comumente conhecido por IMC, determina-se através da razão entre o peso e altura ao quadrado.

Solicitámos aos estudantes que autorreportassem os valores de peso e altura como podemos constatar na tabela 2 e em relação ao primeiro obtivemos para a totalidade da amostra um peso mínimo de 42kg e um máximo de 115kg com uma média de 63,1kg ($\pm 11,6$) e para a altura o índice médio foi de 165,8cm ($\pm 7,64$) com valores mínimos e máximos de 142 e de 205 respetivamente. Os coeficientes de variação traduzem para o peso (18,51%) e altura (4,60%) dispersões moderadas e altas respetivamente.

Determinado o IMC o mesmo revelou um índice médio para a amostra global de 22,89 ($\pm 3,53dp$) variando entre um mínimo de 16,90 e um máximo de 38,77 mas com valor mais elevado no sexo masculino ($M= 24,32 \pm 4,03$) do que no feminino ($M= 22,66 \pm 3,39$), sendo significativa as diferenças ($UMW = 7710,500$; $p= 0,011$).

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o género, o peso e a altura

	N	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação	Mínimo	Máximo
Peso	404	63,1	11,68	18,51%	42,0	115,0
Altura	404	165,8	7,64	4,60%	142	205
IMC	404	22,89	3,53	15,42%	16,90	38,77

Segundo o género, podemos concluir que o género masculino possui índices de IMC superiores aos do género feminino, com médias de 24,32 ($\pm 4,03$) para 22,66 ($\pm 3,39$), respetivamente.

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o IMC/género

	N	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação	Mínimo	Máximo
Masculino	56	24,32	4,03	16,57%	18,29	37,13
Feminino	348	22,66	3,39	14,96%	16,90	38,77

Face aos resultados obtidos procedemos à classificação da amostra tendo por base os pontos de corte preconizados pela DGS. Verificamos, como apresentado na tabela 4, que a maioria dos estudantes tem peso normal para a idade (N - 292), sendo

256 do género feminino e 36 do género masculino. Ainda 65 dos estudantes apresentavam pré obesidade e apenas 18 apresentavam obesidade, 12 do género feminino e 6 do género masculino.

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis Sociodemográficas	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N (56)	% (100.0)	N (348)	% (100.0)	N (404)	% (100.0)	1	2		
Idade										
<= 20 anos	16	28,6	139	39,9	155	38,4	-1,6	1,6	9,772	0,008
21-22 anos	12	21,4	108	31,0	120	29,7	-1,5	1,5		
>= 23 anos	28	50,0	101	29,0	129	31,9	3,1	-3,1		
Estado Civil										
Solteiro/Divorciado	47	83,9	311	89,4	358	88,6	-1,2	1,2	1,414	0,234
Casado/Un. Facto	9	16,1	37	10,6	46	11,4	1,2	-1,2		
Zona residência										
Urbana	29	51,8	209	60,1	238	58,9	-1,2	1,2	1,364	0,243
Rural	27	48,2	139	39,9	166	41,1	1,2	-1,2		
coabitação										
Sozinho	4	7,1	14	4,0	18	4,5	1,1	-1,1	4,035	0,133
Amigos/residência	17	30,4	152	43,7	169	41,8	-1,9	1,9		
Família	35	62,5	182	52,3	217	53,7	1,4	-1,4		
Habilitações pai										
Básico	37	66,1	224	64,4	261	64,6	0,2	-0,2	7,954	0,019
Secundário	9	16,1	97	27,9	106	26,2	-1,9	1,9		
Superior	10	17,9	27	7,8	37	9,2	2,4	-2,4		
Habilitações mãe										
Básico	29	51,8	192	55,2	221	54,7	-0,5	0,5	0,267	0,875
Secundário	17	30,4	95	27,3	112	27,7	0,5	-0,5		
Superior	10	17,9	61	17,5	71	17,6	0,1	-0,1		
Nº irmãos										
Nenhum	12	21,8	45	13,5	57	14,7	1,6	-1,6	3,332	0,343
1	34	61,8	222	66,5	256	65,8	-0,7	0,7		
2	8	14,5	64	19,2	72	18,5	-0,8	0,8		
3 ou +	1	1,8	3	0,9	4	1,0	0,6	-0,6		
Atividade remunerada										
Sim	22	39,3	82	23,6	104	25,7	2,5	-2,5	6,238	0,013
Não	34	60,7	266	76,4	300	74,3	-2,5	2,5		
IMC										
Baixo peso	2		22		24				7,448	0,059
Peso normal	36		256		292					
Pré-obesidade	11		54		65					
Obesidade	6		12		18					

2.2.2 - Caracterização académica da amostra

Neste subcapítulo agrupámos e analisámos as variáveis que se relacionam com características da vida académica dos estudantes de enfermagem da nossa amostra.

Ano em que está inscrito

Pela análise da tabela 5 podemos constatar que 28,0% dos estudantes que participaram no estudo estavam a frequentar o 4º ano, 21,5% o 3º ano, 17,8% o 2º ano, 17,6% o 1º ano e 15,1% outro ano de ensino (pós-graduação e mestrado).

Modo de deslocação e tempo gasto para a escola

No que diz respeito a como os estudantes se deslocam para a escola, 64,4% usam transporte motorizado para o efeito (71,4% dos estudantes do género masculino e 63,2% do feminino), enquanto 35,6% se deslocam a pé.

Quanto ao tempo de deslocação para a escola, a média situa-se nos 22,7 minutos, sendo o mínimo referido de 1.0 minuto e o máximo de 150 minutos. Pela análise da tabela 5 podemos constatar que 40,1% dos estudantes da amostra demoram menos de 10 minutos a chegar à escola, 26,7% entre 11 e 20 minutos e 33,2% demoram mais do que 21 minutos.

Estatuto de bolseiro

Dos estudantes que participaram no estudo, 63,6% não são bolseiros (73,2% dos estudantes do género masculino e 62,1% dos estudantes do feminino) e 36,4% são, correspondendo a 37,9% dos estudantes do género feminino e 26,8% do masculino.

Tabela 5 - Caracterização académica da amostra em função do género

Variáveis Académicas	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Ano/inscrito										
1º	6	10,7	65	18,7	71	17,6	-1,5	1,5	2,670	0,614
2º	9	16,1	63	18,1	72	17,8	-0,4	0,4		
3º	13	23,2	74	21,3	87	21,5	0,3	-0,3		
4º	18	32,1	95	27,3	113	28,0	0,7	-0,7		
Outro	10	17,9	51	14,7	61	15,1	0,6	-0,6		
Modo de deslocação escola										
A pé	16	28,6	128	36,8	144	35,6	-1,2	1,2	1,417	0,234
Transporte motorizado	40	71,4	220	63,2	260	64,4	1,2	-1,2		
Tempo desloca escola										
< ou =10 minutos	17	30,4	145	41,7	162	40,1	-1,6	1,6	2,845	0,241
11-20 minutos	16	28,6	92	26,4	108	26,7	0,3	-0,3		
> ou = 21 minutos	23	41,1	111	31,9	134	33,2	1,4	-1,4		
Bolseiro										
Sim	15	26,8	132	37,9	147	36,4	-1,6	1,6	2,589	0,108
Não	41	73,2	216	62,1	257	63,6	1,6	-1,6		

2.3 – Instrumentos

De acordo com as características do estudo utilizamos um instrumento de recolha de dados composto por um questionário de caracterização sociodemográfica e académica e ainda pelas Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS21), Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS), pelo Inventário de Personalidade de Eysenck e pelo Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström.

2.3.1 - Questionário de caracterização sociodemográfica e académica

O questionário de caracterização sociodemográfica é constituída por 12 questões e permitem caracterizar o estudante em relação à idade, sexo, estado civil, local de residência, coabitação em período letivo, habilitações literárias e profissão dos progenitores, número de irmãos, peso e altura os dois indicadores que permitem avaliar ao índice de massa corporal (IMC) e se possui atividade remunerada.

O questionário de caracterização académica possui 4 questões que permitem conhecer o ano em que está inscrito, o modo de deslocação para a escola e o tempo gasto na deslocação e se possui o estatuto de bolseiro.

2.3.2 – Escalas e inventários

Para as escalas e inventário acima referidos efetuámos no presente estudo a análise psicométrica dos instrumentos, nomeadamente os estudos de fiabilidade e validade, que são atributos fundamentais de um instrumento para nos garantir a qualidade informativa dos seus dados.

Os estudos de fiabilidade certificam se os dados que foram obtidos, independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador, admitem determinar o grau de confiança ou de exatidão que se pode ter na informação alcançada, ou seja, viabilizam a avaliação da estabilidade temporal (ou fiabilidade teste-reteste) e da consistência interna (ou homogeneidade dos itens). Existem diversos tipos de coeficientes para o cálculo da fidelidade de um instrumento. No nosso estudo determinamos a consistência interna dos itens, analisando o grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem as escalas/inventário. Para isso procedemos à determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diferentes questões com a nota global, à determinação do coeficiente *alfa* de Cronbach para avaliar a correlação entre cada item da escala com as excedentes e à determinação da correlação de split-half ou método das metades como forma de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a avaliar o constructo como a outra metade. Os valores de fidelidade podem assumir qualquer valor situado entre 0 e 1, a partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa. Para Marôco (2014) uma boa consistência interna deve superar um *alfa* de 0.80, embora para o mesmo autor serem considerados aceitáveis em ciências sociais valores acima de 0.50.

Os estudos de validade são um complemento aos estudos da fiabilidade e mostram se aquilo que medimos com o nosso instrumento reflete a realidade que queremos conhecer (Coutinho, 2011). Existem dois tipos de validade: a validade externa que está profundamente relacionada com a problemática da constituição das amostras

e da sua representatividade e a validade interna que está ligada ao instrumento de medida dado que nos vai comunicar sobre a qualidade dos itens. Neste particular considera três tipos de validade: de conteúdo, de critério e de conceito ou constructo, sendo que esta se sobrepõe às restantes

Descreveremos de seguida de forma mais alargada os vários instrumentos utilizados no nosso estudo, o que medem, como e quando foram construídos, a sua fidelidade e validade, bem como a sua aplicação prática.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) é utilizada com o propósito de avaliar empiricamente a ansiedade, a depressão e o stress, de acordo com um modelo tripartido. Inicialmente foi designada de EADS-42 pelas escalas dos três fatores correlacionados, mas posteriormente foi criada uma versão abreviada por Lovibond e Lovibond em 1995 (EADS-21), através da seleção de sete itens de cada uma das três escalas principais, de forma ao conteúdo ser representativo. A EADS-21 designa assim o número de itens que a constituem, sendo estes distribuídos em número igual (sete) pelas três dimensões analisadas: Depressão, Ansiedade e Stress. A cada item compreende uma afirmação que remete os respondentes para sintomas emocionais negativos. Estes respondem em que medida experimentaram cada sintoma na última semana, assinalando-o numa escala tipo Likert com quatro pontos de gravidade ou frequência: 0 - “ não se aplicou nada a mim”; 1- “ aplicou-se a mim algumas vezes”; 2 - “ aplicou-se a mim muitas vezes” e 3 - “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. As notas mais elevadas em cada escala indicam estados afetivos mais negativos.

À depressão correspondem os itens: 3 - Não consegui sentir nenhum sentimento positivo; 5-Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisa; 10-Senti que não tinha nada a esperar do futuro; 13-Senti-me desanimado e melancólico; 16-Não fui capaz de ter entusiasmo por nada; 17-Senti que não tinha muito valor como pessoa e 21-Senti que a vida não tinha sentido.

À ansiedade os itens: 2-Senti a minha boca seca; 4 - Senti dificuldades em respirar; 7-Senti tremores (por ex., nas mãos), 9 - Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula; 15 - Senti-me quase a entrar em pânico; 19 -Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico; 20 - Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.

Ao stress são atribuídos os itens: 1-Tive dificuldades em me acalmar; 6-Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações; 8-Senti que estava a utilizar muita energia nervosa; 11-Dei por mim a ficar agitado; 12-Senti dificuldade em me relaxar; 14-Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer, 18-Senti que por vezes estava sensível.

A adaptação portuguesa desta escala foi realizada por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, em 2004, num estudo que confirma que a esta versão da EADS de 21 itens apresenta propriedades idênticas às da versão original. A consistência interna foi avaliada com recurso ao *alfa* de Cronbach e os resultados encontrados foram respetivamente de 0,85 para a subescala de depressão, de 0,74 para a de ansiedade e de 0,81 para a de stress.

Propriedades psicométricas para o presente estudo:

Na tabela 6 apresentamos os resultados da fiabilidade (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada subescala e o índice global.

Os valores médios e os desvios padrão respetivos permitem-nos considerar a pouca dispersão entre itens, já que apresentam um índice médio inferior ao esperado.

Quanto aos coeficientes de correlação item total corrigido, os itens encontram-se bem centrados pois apresentam valores correlacionais para a sua quase totalidade acima de 0,50 com exceção do item 19 ($r = 0,016$) “*Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico*” que numa análise mais conservadora deveria ser excluído por exibir uma correlação inferior ao valor de referencia ($r = 0,20$) e o mais elevado no item 11 ($r = 0,748$) “*Dei por mim a ficar agitado*”. Os valores de *alfa* de Cronbach, podem ser considerados de muito bons pois oscilam entre 0,931 e 0,936. A determinação do índice de fiabilidade pelo método das metades indica-nos valores de Alfa de Cronbach ligeiramente mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0,936), mas classificados de muito bons já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.892 e para a segunda de 0.870.

Tabela 6 - Estatísticas e Consistência Interna dos itens EADS 21

EADS	Itens	Média	Desvio padrão	Correlação item total	R ²	α
1	Tive dificuldades em me acalmar	1,05	0,797	0,669	0,570	0,932
2	Senti a minha boca seca	0,80	0,829	0,453	0,268	0,936
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,63	0,791	0,743	0,639	0,931
4	Senti dificuldades em respirar	0,54	0,766	0,575	0,465	0,934
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0,79	0,813	0,613	0,475	0,933
6	Tive tendência a reagir em	0,96	0,862	0,583	0,452	0,934

	demasia em determinadas situações					
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0,64	0,818	0,523	0,436	0,935
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0,97	0,875	0,687	0,587	0,932
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,65	0,798	0,669	0,552	0,932
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0,50	0,792	0,660	0,612	0,932
11	Dei por mim a ficar agitado	0,89	0,859	0,748	0,680	0,931
12	Senti dificuldade em me relaxar	1,09	0,880	0,693	0,636	0,932
13	Senti-me desanimado e melancólico	0,83	0,858	0,731	0,599	0,931
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,70	0,795	0,687	0,531	0,932
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0,50	0,770	0,734	0,639	0,931
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0,50	0,808	0,743	0,728	0,931
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0,52	0,829	0,699	0,684	0,932
18	Senti que por vezes estava sensível	1,22	0,826	0,613	0,492	0,933
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	2,03	1,050	0,016	0,051	0,946
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0,62	0,790	0,737	0,586	0,931
21	Senti que a vida não tinha sentido	0,39	0,732	0,666	0,705	0,932
Coefficiente Split Half		Primeira metade = 0,892				
		Segunda metade = 0,870				
Coefficiente alfa Cronbach global		0,936				

Os resultados de fiabilidade por subescala são expostos na tabela 7. Para a depressão, denota-se pelos valores médios homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens, tendo-se obtido uma pontuação que oscila entre os 0,39 ($\pm 0,732$) no item 21 e a 0,83 ($\pm 0,813$) no item 5. Os coeficientes de *alfa* de *Cronbach* dão-nos indicações de uma muito boa consistência interna porquanto o menor valor ($\alpha = 0,891$) foi visto nos itens 16 e o maior ($\alpha = 0,912$) no item 5. O item que mais se correlaciona com os restantes é o 16 “Não fui capaz de ter entusiasmo por nada” explicando 69.4% da sua variabilidade.

Examinando os resultados relativos à ansiedade, observamos pela mesma tabela índices médios similares em todos os itens ao situarem-se entre 0.54 no item 4 “Senti dificuldades em respirar” e 2,03 no item 19 “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico”. O item que melhor se correlaciona com os outros é o item 15 ($r = 0,701$) sendo também este o que apresenta maior variabilidade de resposta (57,2%) enquanto o item 2 “Senti a minha boca seca” é o que apresenta menor percentagem de variância explicada (42.4%). O item 19 “Senti alterações no meu cora-

ção sem fazer exercício físico” relaciona-se negativamente com os outros ($r=-0,001$). No que respeita à consistência interna os valores de alfa oscilam entre 0,670 no item 15 e 0,839 no item 19, com um valor de alfa global de 0,750 que pode classificar-se de bom. O coeficiente de bipartição continua a apresentar uma boa consistência entre os itens que o constituem para a primeira metade ($\alpha=0,736$) e inadmissível ($\alpha=0,399$) na segunda metade.

Para o stress registaram-se valores de alfa classificados de bom uma vez que oscilam entre os 0,888 no item14 “Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer” e 0,870 no item12 “Senti dificuldade em me relaxar “ com um valor global para o total da escala de 0,894. Os valores de split-half na primeira ($\alpha= 0,847$) e segunda metade ($\alpha= 0,751$) também se constituem como bons indicadores da consistência interna da subescala. Os valores correlacionais, indicam que o item 11 “Dei por mim a ficar agitado” é o que está mais correlacionado com o stress ($r=0,789$) sendo também o que melhor representa esta subescala uma vez que a sua variabilidade é de 64.3%.

Tabela 7 – Estatísticas e valores de consistência interna por subescala

EADS	Itens	Média	Desvio padrão	Correlação item total	R ²	α
Depressão						
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,63	0,791	0,751	0,592	0,899
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0,79	0,813	0,631	0,430	0,912
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0,50	0,792	0,747	0,593	0,900
13	Senti-me desanimado e melancólico	0,83	0,858	0,657	0,442	0,910
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0,50	0,808	0,829	0,694	0,891
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0,52	0,829	0,792	0,670	0,895
21	Senti que a vida não tinha sentido	0,39	0,732	0,766	0,675	0,898
Ansiedade						
2	Senti a minha boca seca	0,80	0,829	0,424	0,229	0,729
4	Senti dificuldades em respirar	0,54	0,766	0,601	0,438	0,692
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0,64	0,818	0,538	0,376	0,704
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,65	0,798	0,614	0,481	0,688
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0,50	0,770	0,701	0,572	0,670
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	2,03	1,050	-0,001	0,012	0,839
20	Senti-me assustado	0,62	0,790	0,625	0,462	0,685

sem ter tido uma boa razão para isso						
Stress						
1	Tive dificuldades em me acalmar	1,05	0,797	0,718	0,553	0,875
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0,96	0,862	0,623	0,407	0,886
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0,97	0,875	0,726	0,544	0,874
11	Dei por mim a ficar agitado	0,89	0,859	0,789	0,643	0,866
12	Senti dificuldade em me relaxar	1,09	0,880	0,753	0,618	0,870
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,70	0,795	0,605	0,393	0,888
18	Senti que por vezes estava sensível	1,22	0,826	0,636	0,422	0,885

A tabela 8 sintetiza os valores de *alfa* de Cronbach por subescala obtidos no nosso estudo. Podemos verificar que a depressão é a subescala que apresenta melhores valores de consistência ($\alpha = 0,914$) e a ansiedade os valores mais baixos ($\alpha = 0,750$).

Tabela 8 – Valores de *alfa* de Cronbach para as subescalas

Subescalas	Nº itens	Split half		Alfa global
		1ª metade	2ª metade	
Depressão	7	0,827	0,890	0,914
Ansiedade	7	0,736	0,399	0,750
Stress	7	0,847	0,751	0,894

Na tabela 9 podemos verificar os valores de *alfa* de Cronbach dos diferentes autores para a EADS, que são variáveis em cada subescala e que o nosso estudo apresenta valores aproximados aos dos outros autores.

Tabela 9 - Comparação dos valores de *alfa* de Cronbach dos diferentes autores para a EADS

EADS- 21	Lovibond e Lovibond (1995)	Ribeiro, Honrado e Leal (2004)	Estudo atual
Subescala Depressão	0,93	0,85	0,91
Subescala Ansiedade	0,83	0,74	0,75
Subescala Stress	0,88	0,81	0,89

Terminamos o estudo de fiabilidade por apresentar a matriz de correlação de Pearson entre os diversos fatores da escala (tabela 10), verificamos que as correlações são positivas e significativas oscilando entre ($r = 0,682$) na relação Depressão vs. Ansi-

idade explicando cerca de 47.0% da sua variabilidade e ($r=0.704$) na relação Ansiedade vs Stress com uma variabilidade de 49.6%.

Tabela 10 - Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stress

Subescalas	Depressão	Ansiedade
Ansiedade	0,682	1
Stress	0,703	0,704

*** $p>0,001$

Escala de Bem Estar Subjetivo

O estudo do bem estar subjetivo, processou-se através da escala de afetos positivos e negativos de nome original "Positive and Negative Affect Schedule" (PANAS) de Watson, Clark e Tellegen (1988), adaptado para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro, em 2005. A versão portuguesa comporta conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções distribuídas por duas subescalas com 10 itens cada designadas de afeto positivo e afeto negativo. Os adjetivos que traduzem os afetos positivos, são: interessado, excitado, agradavelmente surpreendido, caloroso, entusiasmado, orgulhoso, encantado, inspirado, determinado e ativo. Os afetos negativos são indicados pelos adjetivos: perturbado, atormentado, culpado, assustado, repulsa, irritado, remorsos, nervoso, trémulo e amedrontado. A cotação desta escala, consiste na média aritmética dos dez itens de cada escala. A escala não apresenta um valor global mas pode determinar-se o balanço afetivo que resulta da diferença entre os afetos positivos e afetos negativos.

Os tempos de resposta utilizados podem variar entre "agora, ou seja, neste momento", "hoje", "durante a última semana", "durante as últimas semanas", "durante o último ano" e "geralmente, ou seja, em média". Neste estudo optou-se pelo tempo de resposta de na última semana.

O instrumento constitui-se como uma medida específica da dimensão afetiva do bem estar subjetivo e procura saber de que modo os indivíduos sentem, no presente, dez emoções positivas e dez emoções negativas específicas, numa escala de cinco pontos, em que 1 corresponde a "nada ou muito ligeiramente" e 5 a "extremamente". No que diz respeito à consistência interna, confrontando a escala global original com a versão portuguesa podemos analisar que os valores de *alfa* de Cronbach para a escala de afeto positivo da escala original é de 0,88 e na versão portuguesa é de 0,86; o *alfa* de Cronbach para a escala de afeto negativo da escala original é de 0,87 e na

versão portuguesa é de 0,89. Desta forma, os valores de consistência interna deparados para a versão portuguesa são de magnitude idêntica à da escala original. Também, e tal como era esperado, em semelhança à escala original, a correlação entre a escala de afeto positivo e de afeto negativo situou-se perto do zero ($r=-0,10$), determinando a ortogonalidade entre as subescalas de afeto positivo e negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Face aos resultados, pode-se então afirmar que a adaptação da PANAS para a língua portuguesa exhibe propriedades semelhantes às da escala original, podendo assim ser utilizada como uma escala breve de avaliação dos afetos positivos e negativos.

Propriedades psicométricas para o presente estudo:

Considerando os resultados apresentados na tabela 11, podemos verificar que os valores médios para os 20 itens que constituem a escala oscilam entre 1,40 no item 9 “Repulsa” e os 3,66 no item 1 “Interessado” o que nos permite assegurar que os dados estão bem centrados, já que o primeiro item referido respeita ao afeto negativo e o segundo ao afeto positivo da escala. Ao determinarmos os valores do *alfa* de Cronbach notamos, que variam dentro dos intervalos considerados bons pois situam-se entre 0,832 no item “Encantado” e 0,843 no item “Perturbado”. Quanto aos coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 2, é o que ostenta menor valor correlaciona com uma variabilidade de 62.2% podendo por tal facto não se revelar homogéneo face a outros itens.

No que diz respeito ao coeficiente de bipartição ou índice de fiabilidade de split half, que se obtêm dividindo a escala em duas metades e relacionando-as tendo a tendência a produzir valores de fiabilidade mais baixos uma vez que tem em consideração um número mais reduzido de itens, notamos que os valores de *alfa* de Cronbach na primeira e na segunda metade são razoáveis ao apresentarem valores de ($\alpha=0,710$) e ($\alpha=0,740$) respetivamente.

Tabela 11 - Consistência Interna da escala PANAS

	Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R ²	α
1	Interessado(a)	3,66	0,930	0,425	0,507	0,837
2	Perturbado(a)	1,86	0,947	0,277	0,622	0,843
3	Excitado(a)	2,67	1,108	0,442	0,348	0,836
4	Atormentado(a)	1,71	0,943	0,343	0,626	0,841
5	Agradavelmente surpreendido	2,82	1,173	0,499	0,518	0,834
6	Culpado(a)	1,58	0,869	0,341	0,588	0,841
7	Assustado(a)	1,73	0,925	0,435	0,608	0,837
8	Caloroso(a)	2,69	1,188	0,466	0,413	0,835
9	Repulsa	1,40	0,792	0,341	0,433	0,841
10	Entusiasmado(a)	3,38	1,079	0,517	0,635	0,833
11	Orgulhoso(a)	3,11	1,162	0,425	0,488	0,837
12	Irritado(a)	2,36	1,079	0,389	0,499	0,839
13	Encantado(a)	2,58	1,214	0,535	0,589	0,832
14	Remorsos	1,59	0,910	0,346	0,487	0,840
15	Inspirado(a)	2,65	1,107	0,496	0,584	0,834
16	Nervoso(a)	2,58	1,210	0,404	0,508	0,839
17	Determinado(a)	3,19	1,118	0,459	0,656	0,836
18	Tremulo(a)	1,62	0,934	0,444	0,464	0,837
19	Ativo(a)	3,29	1,129	0,414	0,611	0,838
20	Amedrontado(a)	1,56	0,830	0,447	0,558	0,837
Coefficiente Split-half				Primeira metade = 0,710		
				Segunda metade = 0,740		
Coefficiente alfa Cronbach global				0,844		

Continuando com o estudo de fiabilidade, na tabela 12 são apresentados os valores por subescala: Afere-se que os valores de alfa sofrem um ligeiro aumento nas duas escalas quando comparados com os obtidos para a amostra global. Nos afetos positivos os valores mínimos e máximos oscilaram entre 0,887 no item relativo ao “entusiasmado” e o 0,905 no item “excitado” e nos afetos negativos ainda se configuram mais elevados ao situarem-se entre os 0,885 nos itens “atormentado” e “assustado” os 0,896 no item “nervoso”. Também os valores de alfa global se revelem mais elevados podendo classificar-se de muito bons pois para a primeira escala foi de 0,903 e para a segunda de 0,901. Estes valores aproximam-se aos obtidos para a versão portuguesa quando mostra uma consistência interna de 0.86 para a escala de afetos positivos e de 0,89 para a escala de afetos negativos. Já num outro estudo de Galinha (2010) ao aplicar a escala em dois momentos distintos a consistência interna foi de 0.87 e 0.88 para o afeto negativo e de 0.82 e 0.89 para o afeto positivo no momento I e no momento II respetivamente.

Tabela 12 - Consistência Interna das subescalas PANAS

	Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R ²	α
--	-------	-------	---------------	-----------------------	----------------	---

Afetos positivos						
1	Interessado(a)	3,66	0,930	0,645	0,495	0,895
3	Excitado(a)	2,67	1,108	0,475	0,307	0,905
5	Agradavelmente surpreendido (a)	2,82	1,173	0,679	0,500	0,892
8	Caloroso(a)	2,69	1,188	0,581	0,383	0,899
10	Entusiasmado(a)	3,38	1,079	0,767	0,624	0,887
11	Orgulhoso(a)	3,11	1,162	0,653	0,463	0,894
13	Encantado(a)	2,58	1,214	0,685	0,560	0,892
15	Inspirado(a)	2,65	1,107	0,702	0,564	0,891
17	Determinado(a)	3,19	1,118	,721	0,637	0,889
19	Ativo(a)	3,29	1,129	0,685	0,590	0,892
Afetos negativos						
2	Perturbado(a)	1,86	0,947	0,703	0,580	0,887
4	Atormentado(a)	1,71	0,943	0,733	0,618	0,885
6	Culpado(a)	1,58	0,869	0,684	0,574	0,889
7	Assustado(a)	1,73	0,925	0,736	0,596	0,885
9	Repulsa	1,40	0,792	0,586	0,415	0,895
12	Irritado(a)	2,36	1,079	0,640	0,470	0,892
14	Remorsos	1,59	0,910	0,585	0,477	0,895
16	Nervoso(a)	2,58	1,210	0,608	0,467	0,896
18	Tremulo(a)	1,62	0,934	0,615	0,430	0,893
20	Amedrontado(a)	1,56	0,830	0,687	0,531	0,889
2	Perturbado(a)	1,86	0,947	0,703	0,580	0,887

A tabela 13 configura em síntese os valores de *alfa* de Cronbach obtidos no presente estudo. Podemos verificar que o coeficiente *alfa* de Cronbach global dos afetos positivos é ligeiramente mais alto (0,903), comparativamente aos afetos negativos (0.901), mas que ambos revelam muito boa consistência interna.

Tabela 13 – Valores de *alfa* de Cronbach para as subescalas

Subescalas	Nº itens	Split half		Alfa global
		1ª metade	2ª metade	
Afetos positivos	10	0,808	0,860	0,903
Afetos negativos	10	0,858	0,796	0,901

Na tabela 14 é apresentada a validade convergente/divergente obtidas através das correlações entre cada um dos itens e o resultado em cada uma das subescalas. Como se nota a correlação é sempre maior com o resultado da subescala do qual o item faz parte. Aliás, também é notório que na maioria dos itens a correlação é negativa com a subescala oposta.

Tabela 14 - Correlação dos itens com as subescalas dos afetos positivos e negativos

Itens	Afetos Positivos		Afetos negativos	
	r	p	r	p
Interessado	0,708	0.000	-0,091	0.069
Perturbado	-0,189	0,000	0,769	0.000
Excitado	0,576	0.000	0,110*	0,027
Atormentado	-0,131	0,008	0,793	0.000
Agradavelmente surpreendido	0,752	0,000	-0,014	0,777
Culpado	-0,102*	0,040	0,748	0.000

Assustado	-0,025	0,620	0,794	0,000
Caloroso	0,673	0,000	-0,038	0,450
Repulsa	-0,036	0,474	0,659	0,000
Entusiasmado	0,819	0,000	-0,078	0,117
Orgulhoso	0,731	0,000	-0,091	0,069
Irritado	0,008	0,880	0,728	0,000
Encantado	0,759	0,000	0,029	0,555
Remorsos	-0,025	0,612	0,668	0,000
Inspirado	0,767	0,000	-0,043	0,389
Nervoso	0,035	0,477	0,712	0,000
Determinado	0,783	0,000	-0,110*	0,027
Trêmulo	0,070	0,160	0,695	0,000
Ativo	0,754	0,000	-0,138	0,005
Amedrontado	0,020	0,686	0,748	0,000

Na tabela 15 comparamos os valores de *alfa* de Cronbach dos diferentes autores para a PANAS e podemos inferir que os valores obtidos no nosso estudo são os que revelam melhor consistência interna .

Tabela 15 - Comparação dos valores de *alfa* de Cronbach dos diferentes autores para a PANAS

PANAS	Watson, Clarck e Tellegen (1988)	Galinha e Pais-Ribeiro (2005)	Estudo atual
Afetos negativos	0,88	0,86	0,90
Afetos positivos	0,87	0,89	0,90

Analisando a matriz de correlação de Pearson, na tabela 16 , podemos verificar que as diferenças de afetos se relacionam positiva e significativamente com os afetos positivos($r=0,778$), explicando mais de 60% da sua variabilidade e se relacionam negativamente com os afetos negativos ($r=-0,666$) com uma variabilidade de 44,3%.

Entre os afetos positivos e os negativos há uma correlação negativa ($r=-0,050$) com uma variabilidade de 0,25%.

Tabela 16 – Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas

	Afetos positivos	Afetos negativos
Afetos positivos	1	
Afetos negativos	-0,050	1
Balanco afetivo	0,778**	-0,666**

**Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)

Inventário de Personalidade de Eysenck

Trata-se de uma versão curta do Eysenck Personality Inventory que H. Eysenck e S. Eysenck desenvolveram, em 1964 e que emergiu de vastas análises factoriais

medindo, tal como a sua versão original, as duas dimensões da personalidade: extroversão/ introversão e neuroticismo/estabilidade. Este inventário para o estudo da personalidade é uma escala ordinal tipo Likert composta por 12 itens, existindo para cada um desses quatro respostas possíveis. À extroversão correspondem os itens a, c, e, g, i e k, e ao neuroticismo os itens b, d, f, h, j e l (Silva, Azevedo & Dias,1995). O respondente escolhe a opção que melhor representa a sua maneira atual de agir ou de sentir, selecionando o algarismo que melhor descreve o seu caso. A cotação da escala é feita através da soma dos valores dos itens de cada uma das dimensões, sendo atribuídos os valores de 1 a 4 que correspondem às respostas de “quase nunca” para “quase sempre”. Valores baixos indicam níveis elevados nas dimensões (Silva, Azevedo & Dias,1995). Também pode utilizar-se uma cotação bimodal (Silva, Azevedo & Dias,1995). bastando para isso converter os valores dos itens de 1 e 2 em 0 (zero), e os valores de 3 e 4 em 1 (um), somando-se de seguida os itens de cada fator.

Foram determinadas correlações entre a versão curta e a escala original, tendo-se obtido valores de “r” de 0,82 e 0,79 para a extroversão e para o neuroticismo, respetivamente, revelando uma correlação positiva significativa nos dois fatores. Foram ainda determinadas correlações entre o neuroticismo e a extroversão da versão curta, tendo-se alcançado um valor de “r” de 0,5.

Propriedades psicométricas para o presente estudo:

As estatísticas e os índices de consistência interna da escala referida encontram-se contidas na tabela 17. Os índices médios dos itens e respetivos desvios padrão, revelam-se homogéneos porquanto oscilam entre 1.59 no item(l) e 2.86 no item (c).

No que diz respeito aos coeficientes de correlação item total corrigido, verificamos que apresentam correlações muito fracas situando-se entre 0,186 no item “Sofre de insónia?” e 0,421 no item “Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?” os valores de alfa são razoáveis e os coeficientes de bipartição são fracos com valores de 0,529 para a primeira metade e de 0,384 para a segunda.

Tabela 17 – Estatísticas e consistência Interna do Inventário de Personalidade de Eysenk

	Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R ²	α
a	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1,81	0,774	0,421	0,314	0,607
b	O seu humor tem altos e baixos?	2,56	0,936	0,373	0,389	0,612

c	É uma pessoa cheia de vida?	2,86	0,778	0,219	0,312	0,639
d	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1,80	0,831	0,249	0,361	0,634
e	Gosta de se misturar com as pessoas?	2,48	0,873	0,353	0,389	0,616
f	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	2,48	0,936	0,326	0,129	0,621
g	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	2,01	0,809	0,215	0,105	0,640
h	É perturbado por sentimentos de culpa?	1,70	0,792	0,265	0,255	0,632
i	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	2,75	0,895	0,298	0,345	0,626
j	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	2,17	0,978	0,302	0,411	0,625
k	Gosta de pregar partidas?	2,22	0,950	0,266	0,192	0,632
l	Sofre de insónia?	1,59	0,830	0,186	0,148	0,645
Coefficiente Split-half				Primeira metade = 0,529		
				Segunda metade = 0,384		
Coefficiente <i>alfa</i> Cronbach global				0,648		

Tal como o desenvolvido no estudo psicométrico das escalas anteriores, procedemos de igual forma à determinação dos índices de *alfa* de Cronbach por subescala. Os resultados obtidos com a extroversão revelam que o item “É uma pessoa cheia de vida?” é o que obtém maior índice médio ($M= 2,86; dp=0,778$) e o menor respeita ao item “Gosta de muita excitação e alarido à sua volta” ($M=1,81; dp=0,774$). Já os índices de *alfa* de Cronbach revelam valores razoáveis oscilando entre os 0,649 e 0,735.

Em relação ao neuroticismo os valores de *alfa* situam-se entre o 0,593 no item “Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?” e o 0,737 no item “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?”.

Quanto ao coeficiente de determinação, verificamos que apresenta valores baixos, oscilando entre 0,044 no item “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” e o 0,391 no item “Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?”.

Tabela 18 - Consistência interna das subescalas – Extroversão e Neuroticismo

	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R ²	α
Extroversão						
a	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1,81	0,774	0,502	0,284	0,666
c	É uma pessoa cheia de vida?	2,86	0,778	0,492	0,260	0,669
e	Gosta de se misturar com as pessoas?	2,48	0,873	0,548	0,368	0,649
g	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	2,01	0,809	0,252	0,076	0,735
i	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	2,75	0,895	0,546	0,337	0,649
k	Gosta de pregar partidas?	2,22	0,950	0,390	0,158	0,701
Neuroticismo						
b	O seu humor tem altos e baixos?	2,56	0,936	0,546	0,367	0,608
d	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1,80	0,831	0,523	0,319	0,627
f	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	2,48	0,936	0,174	0,044	0,737
h	É perturbado por sentimentos de culpa?	1,70	0,792	0,448	0,245	0,652
j	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	2,17	0,978	0,598	0,391	0,593
l	Gosta de pregar partidas?	3,11	1,162	0,297	0,116	0,695

Como percebemos pela análise da tabela 19, os índices de *alfa* de Cronbach para as subescalas apresentam valores razoáveis, sendo que o alfa global para a subescala da extroversão é de 0,0.718. O coeficiente de split-half mostra também ter razoável consistência interna para a primeira metade ($\alpha=0,664$) mas inadmissível para a segunda ($\alpha= 0,461$). Para a subescala do neuroticismo, o valor global ($\alpha=0.697$) e os valores de split-half na primeira e segunda metades são também razoáveis.

Tabela 19 – Valores de *alfa* de Cronbach para as subescalas da personalidade de Eysenk

Subescalas da personalidade de Eysenk	Nº itens	Split half		Alfa global
		1ª metade	2ª metade	
Extroversão	12	0,664	0,461	0,718
Neuroticismo	12	0,513	0,581	0,697

A validade convergente/divergente é reportada na tabela 20, que nos indica que os itens se correlacionam positiva e significativamente, com a escala a que pertencem.

Tabela 20 - Correlação dos itens com as subescalas de personalidade

	Itens	Extroversão	Neuroticismo
a	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	0,123*	0,668**
b	O seu humor tem altos e baixos?	0,740**	0,017
c	É uma pessoa cheia de vida?	-0,122*	0,661**
d	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	0,691**	-0,115*
e	Gosta de se misturar com as pessoas?	0,012	0,720**
f	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	0,438**	0,268**
g	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	0,063	0,476**
h	É perturbado por sentimentos de culpa?	-0,040	0,627**
i	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	-0,052	0,723**
j	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	0,769**	-0,089
k	Gosta de pregar partidas?	0,022	0,622**
L	Sofre de insónia	0,515**	-0,018

** - Correlation is significant at the 0,01 (2-tailed).

* - Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

Na tabela 21 comparamos os valores de Alfa de Cronbach com os diferentes autores para o Inventário de Personalidade de Eysenck e verificamos que no nosso estudo apresenta valores inferiores aos do autor original.

Tabela 21 - Comparação dos valores de *Alfa* de Cronbach dos diferentes autores para o Inventário de Personalidade de Eysenck

Inventário de Personalidade de Eysenck	Eysenck, 1964	Estudo atual
----------------------------------------	---------------	--------------

Extroversão	0,88	0,72
Neuroticismo	0,87	0,70

Analisando a matriz de Correlação de Pearson constatamos que as subescalas se relacionam positivamente mas com um valor baixo ($r=0,011$).

Tabela 22 – Matriz de Correlação de Pearson para as subescalas

Subescalas	Extroversão
Neuroticismo	0,011

Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (TFDN)

O Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina é uma medida da dependência tabágica criado em 1978 por Karl Fageström como Questionário Fagerström de Tolerância (FTQ - Fagerström Tolerance Questionnaire). Inicialmente era composto por oito perguntas, com o objetivo de obter uma medida curta e de auto-preenchimento da dependência da nicotina. Ao longo dos tempos sofreu várias alterações nomeadamente devido a algumas limitações psicométricas, tendo Heatherton et al. em 1991, apresentado uma versão modificada que designou de Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina, composta por seis das perguntas originais. Também foi realizada uma revisão das pontuações nas perguntas sobre o tempo até ao primeiro cigarro do dia e sobre o número de cigarros diários.

Para dar resposta a este teste, cada inquirido escolhe uma só resposta às seis questões que lhe são apresentadas e às quais corresponde uma cotação, que no final é somada e analisada, sendo o resultado incluído num determinado grau de dependência à nicotina.

Em Portugal, o estudo psicométrico deste teste foi realizado por Ferreira, Quintal, Lopes e Taveira, em 2009, com o objetivo de construir uma versão devidamente validada, quer linguisticamente quer em termos psicométricos, para a cultura portuguesas. Este ajuste cultural e linguístico envolveu a utilização da técnica de tradução-retroversão, antecedida por uma definição concetual seguida por testes piloto e por uma revisão final. A fiabilidade teste-reteste foi assegurada por valores de correlação da escala original de 0,990 e das perguntas individuais de 0,975 a 1,000. O valor de *alfa* de Cronbach de coerência interna foi 0,660, valor baixo, mas superior ao valor descoberto pelos autores originais.

Propriedades psicométricas para o presente estudo:

Considerando os resultados apresentados na tabela 23, podemos verificar que os valores médios para os 6 itens que constituem a escala oscilam entre 0,068 no item “Acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, autocarros, etc.)?” e os 0,500 no item “Quanto tempo após acordar fuma o seu primeiro cigarro?”. Os valores do alfa de Cronbach verificados variam dentro dos intervalos considerados razoáveis pois situam-se entre 0,686 no item “Quantos cigarros fuma por dia?” e 0,774 no item “Acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, autocarros, etc.)?”. Quanto aos coeficientes de correlação item total corrigido revelam que os itens “Acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, autocarros, etc.)?” e “Fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?” são os que ostentam menor valor correlacional, podendo não se revelarem por tal facto homogêneos face a outros itens. No que diz respeito ao coeficiente de bipartição ou índice de fiabilidade de split half, este indicador revela valores de fiabilidade baixos: o valor de *alfa* de Cronbach na primeira metade é fraco ao situar-se no 0,540 e na segunda metade pode considerar-se razoável ao apresentar um valor de *alfa* de 0,621.

Tabela 23 - Consistência interna do Teste de Fageström para a Dependência à Nicotina

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R ²	α
Quanto tempo após acordar fuma o seu primeiro cigarro?	0,500	0,864	0,761	0,600	0,694
Acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, autocarros, etc.)?	0,068	0,254	0,322	0,188	0,774
Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?	0,176	0,383	0,566	0,471	0,726
Quantos cigarros fuma por dia?	0,205	0,430	0,715	0,519	0,686
Fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?	0,127	0,335	0,448	0,386	0,751
Fuma mesmo quando está doente?	0,411	0,494	0,515	0,341	0,731
Coefficiente Split-half	Primeira metade = 0,540				
	Segunda metade = 0,621				
Coefficiente alfa Cronbach global	0,766				

Pela análise da tabela 24 podemos constatar que os valores de *alfa* de Cronbach dos diferentes autores para o Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina são razoáveis sendo os do nosso estudo os mais elevados.

Tabela 24 - Comparação dos valores de alfa de Cronbach dos diferentes autores para o Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina

Fageström	Heatherton et al. (1991)	Ferreira, Quintal, Lopes & Taveira, (2009)	Estudo atual
Alfa Cronbach	0,510	0,660	0,766

Na tabela 25 apresentamos as correlações dos diferentes itens com o valor global que oscilam entre os ($r= 0.013$) entre o item “Acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, autocarros, etc.)?” vs o item “Fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?”, com uma percentagem de variância explicada ínfima (1,69%) e entre ($r= 0.679$) nos itens “Quanto tempo após acordar fuma o seu primeiro cigarro?” vs “Quantos cigarros fuma por dia?” com uma variabilidade acima de 46%.

Ao relacionarmos os diferentes itens com o total da escala verificamos que há uma correlação bastante significativa entre este e o item “Quanto tempo após acordar fuma o seu primeiro cigarro?” ($r=0,910$) o que explica mais de 82% da variância. Também com o item “Quantos cigarros fuma por dia?” o total se relaciona de forma significativa ($r=0,810$).

Tabela 25 - Correlação entre os itens do Teste de Fageström para a Dependência à Nicotina

	F1 - Quanto tempo após acordar fuma o seu primeiro cigarro?	F2 - Acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, autocarros, etc.)?	F3 - Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?	F4 - Quantos cigarros fuma por dia?	F5 - Fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?	F6 - Fuma mesmo quando está doente?
F2 - Acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, autocarros, etc.)?	0,383					
F3 - Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?	0,508	0,180				
F4 - Quantos cigarros fuma por dia?	0,679	0,323	0,498			
F5 - Fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?	0,393	0,013	0,594	0,366		
F6 - Fuma mesmo quando está doente?	0,556	0,167	0,240	0,482	0,218	

te?						
Total Fageström	0,910	0,432	0,687	0,810	0,574	0,682

Após a análise de consistência interna, procedemos à análise fatorial confirmatória (AFC) através do *software* AMOS 22 (*Analysis of Moment Structures*). Considerámos a matriz de covariâncias e o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros. Para os indicadores de qualidade de ajuste do modelo, adotámos como valores de referência Marôco (2014):

- **χ^2/gf** - (razão entre qui quadrado e graus de liberdade). Considera-se bom se a razão (χ^2/gf) for inferior a 2, aceitável inferior a 5 e inaceitável superior a 5;
- **RMR**, - (Root mean square residual) quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o RMR=0 a indicar um ajustamento perfeito;
- **SRMR** - (Standardized root mean square residual) - Um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a 0,08 é, geralmente, considerado como um bom ajuste;
- **GFI** – (Goodness fit index) - São recomendados valores do GFI superiores ou próximos a 0,95. Acima de 0.90 é considerado um ajustamento bom;
- **CFI** (*Comparative Fit Index*) é um índice de ajuste adicional. Valores inferiores a 0.90 indicam um mau ajuste, valores entre 0.90 e 0.95 ajustamento bom e superiores a 0.95 ajustamento muito bom. Este índice é independente do tamanho da amostra;
- **RMSEA** (*Root Mean Square Error of Approximation*). É um índice de discrepância populacional Como valores de referência são apontados para um intervalo de confiança de 90% (*IC90%*), entre 0,05 e 0,08 para um ajustamento bom, e muito bom quando o índice é inferior a 0.05.

Foi também efectuada a qualidade do ajustamento local do modelo através dos pesos fatoriais e a fiabilidade individual dos itens e como técnica adicional de verificação da qualidade de mensuração determinamos a fiabilidade compósita (FC) e a variância extraída média (VEM).

A fiabilidade compósita estima a consistência interna dos itens em relação a cada fator, ou seja, dá-nos indicações se os itens constituem manifestações do fator. A variância extraída média (VEM) avalia a validade convergente que ocorre quando os itens que são reflexo de um fator saturam fortemente nesse fator, isto é, indica se o percentual de variação explicada pelos indicadores é suficientemente forte para dizer que existe qualidade de mensuração. São apontados como valores de referencia para a fiabi-

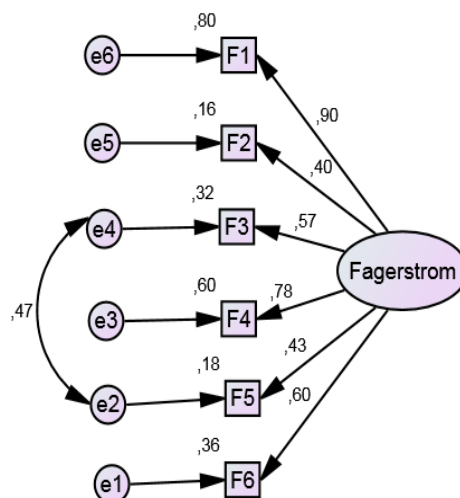
lidade compósita superiores a 0,70, embora para investigações exploratórias possam ser aceitáveis valores inferiores e para a variância extraída média superiores ou iguais a 0,50 mas poderá flexibilizar-se esse limite para 0,40 (Marôco, 2014).

Os diferentes itens do modelo unifactorial da escala de dependência à nicotina de Fagerström apresentam cargas factoriais significativas com valores estandardizados a oscilarem entre ($\beta= 0.40$) no item 2 e ($\beta=0.90$) no item 1 índice este que poderá estar associado a problemas de multicolinearidade. Provavelmente os itens com saturação inferior a 0,5 derivam do tamanho amostral que revelou que os estudantes com hábitos tabágicos são apenas de 102. A fiabilidade individual dos itens mostra nos mesmos itens valores inferior a 0,25 o que reforça a necessidade de os mesmos serem candidatos à eliminação numa análise mais conservadora.

O modelo inicial apresentava índices de qualidade de ajuste sofríveis no $\chi^2/gl= 3.744$, no $CFI= 0.871$, inadequado no $RMSEA=0.165$ e bons no $RMR=0.012$ e $GFI=0.902$, pelo que procedemos aos índices de modificação propostos que indiciam que deveriam correlacionar-se os erros 2 e 4. Após essa modificação obtivemos índices de qualidade de ajuste muito bons, revelando que o modelo se encontra bem ajustado ($\chi^2/gl= 1.309$; $GFI= 0.969$; $CFI=0.987$; $RMR= 0.007$; $RMSEA= 0.055$; $SRMR=0.049$)

A partir dos resultados da AFC foi calculada a fiabilidade compósita que revelou boa consistência interna ao patentear valores de ($FC=0.790$) e o indicador de validade convergente um valor aceitável ($VEM=0.404$).

Figura 1 – Modelo de Equação Estrutural



2.4 – Procedimentos

A elaboração do instrumento de colheita de dados foi a primeira etapa de todo este processo. O documento final está organizado em várias partes distintas, correspondendo a primeira à apresentação do protocolo, onde é referido o objetivo desta recolha e são dadas as orientações básicas de preenchimento do mesmo. Após leitura atenta destas indicações, o respondente é convidado a descrever os seus dados sociodemográficos e académicos e, por fim, a preencher as escalas de avaliação das variáveis em estudo. Os questionários foram divulgados online, após parecer positivo da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) (parecer nº 1/2004, em anexo 2), entre fevereiro e junho de 2014 e tinham um tempo previsto de 25 minutos para o seu preenchimento. A colheita de dados para o estudo decorreu na ESSV e em outras escolas superiores de enfermagem/saúde que aceitaram participar. Os participantes no estudo foram informados de que os dados obtidos ficariam em arquivo, em formato impresso e digital (CD), na biblioteca, da ESSV. Foi assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados, respeitada a autonomia a voluntariedade e a liberdade na participação no estudo.

2.5 - Análise de dados

Para o tratamento estatístico procedemos inicialmente à depuração dos questionários no sentido de eliminarmos aqueles que porventura apresentassem lacunas no seu preenchimento.

Iniciamos seguidamente a análise dos dados recorrendo à estatística descritiva e analítica. Com a estatística descritiva determinamos as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central como médias e medidas de dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de forma como a assimetria e curtose e de associação como o coeficiente de correlação de Pearson.

O coeficiente de variação permitiu-nos comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos ser, interpretados do seguinte modo: de 0% a 15% dispersão baixa, de 16% a 30% média ou moderada e superior a 30% dispersão alta.

O coeficiente de correlação de Pearson, é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em

sentido inverso. O coeficiente de correlação (r) oscila entre -1 e +1 e por convenção, os valores devem ser interpretados do seguinte modo (Pestana e Gageiro, 2014):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Com a estatística inferencial usamos testes paramétricos e não paramétricos nomeadamente:

- **Testes t de Student ou teste de U Mann Whitney** para amostras independentes - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;

- **Análise de variância a um factor (ANOVA) ou Teste de Kruskal Wallis** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes. Quando o valor de probabilidade é significativo, indica que pelo menos a média de pelo menos dois grupos amostrais diferem entre si pelo que se recorre habitualmente aos testes post-hoc, para identificar as que se diferenciam entre si.

- **Teste de qui quadrado (X^2)** – é um teste de proporções usado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que as variáveis nominais possuem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Neste tipo de análise também recorreremos aos resíduos ajustados, porquanto nos dão as diferenças percentuais de variável a variável. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis. Para se interpretar os resíduos ajustados é necessário um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

- **Regressões lineares múltiplas** - é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Na análise estatística utilizar-se-ão os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A exposição dos resultados realizou-se através de tabelas e quadros, onde se apresentam os dados mais importantes. A descrição e análise dos dados cumpriram a ordem apresentada no instrumento de colheita de dados.

Todo o tratamento estatístico será processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 (2014) para Windows.

No capítulo seguinte iremos apresentar os resultados obtidos.

Capítulo 3: Resultados

Neste capítulo são apresentados todos os resultados da nossa investigação. A análise das escalas utilizadas foi feita de acordo com a sua ordem no questionário.

3.1 - Depressão, ansiedade e stress

As estatística da depressão, ansiedade e stress são apresentadas na tabela 26. Os índices mínimos são para todas estas variáveis de zero (0) e os máximos oscilam entre 20,0 na ansiedade e 21 na depressão e stress, com valores médios inferiores à média esperada, sugestivos por conseguinte de índices baixos de depressão, ansiedade e stress nos participantes em estudo. Os coeficientes de variação revelam dispersões elevadas em torno do valor médio, ultrapassando inclusive os 100% na depressão dado que a variabilidade (erro padrão) encontrada na amostra é superior à média observada.

Tabela 26 - Estatísticas relativas à depressão, ansiedade e stress

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação
Depressão	0,00	21,00	4,170	4,568	109,54%
Ansiedade	0,00	20,00	5,769	3,702	64,17%
Stress	0,00	21,00	6,883	4,608	66,95%

Todavia procuramos saber se o género se relacionava com os índices de depressão, ansiedade e stress. Pela leitura da tabela 27 podemos aferir que os homens apresentam índices mais elevados de depressão e de ansiedade do que as mulheres mas menores índices de stress, com significância estatística apenas para o stress ($p=0,006$).

Tabela 27 - Teste de U Mann Whitney/ EADS, de acordo com o género

EADS	Género	Masculino	Feminino	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão		214,28	200,60	9084,500	0,411
Ansiedade		218,74	199,89	8834,500	0,260
Stress		199,37	203,00	9568,500	0,006

No que se refere à idade, notamos que a média mais alta está associada ao stress, no grupo com idades entre os 21-22 anos ($M=7,20; dp=4,59$) e a mais baixa ocorre na dimensão depressão no grupo de ≤ 20 anos ($M=3,69; dp=4,47$), mas as diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que não se realizaram os testes

post hoc. A percentagem de variância explicada, ou seja a influencia da idade nas três dimensões é ínfima, sendo a mais elevada na depressão com 0.76%.

Tabela 28 - Análise de variância a um fator para depressão, ansiedade e stress por grupos etários

Variáveis	<= 20 anos		21 - 22		>= 23 anos		f	p	% VE
	Média	dp	Média	dp	Média	dp			
Depressão	3,69	4,47	4,63	4,88	4,31	4,34	1,543	0,215	0.764
Ansiedade	5,47	3,55	5,96	3,87	5,93	3,71	0,785	0,457	0.390
Stress	6,65	4,72	7,20	4,59	6,86	4,59	0,495	0,610	0.246

3.2 – Bem estar subjetivo

A análise das estatísticas referentes ao bem estar subjetivo, mostra-nos que os afetos positivos apresentam um índice mínimos de 10,00 e máximos de 50,00 e os afetos negativos valores de 10,00 e 46,00 respetivamente. Já os scores do balanço afetivo oscilam entre -35.0 e 40.0. com um índice médio de 12.04 e desvio padrão de 10.99. Em conformidade com a tabela 29, os afetos positivos apresentam médias mais elevadas (M=30,047;dp=8,208) do que os afetos negativos (M=17,997;dp=6,908).

Os coeficientes de variação indiciam dispersão moderada nos afetos positivos e elevada no afetos negativos e balanço afetivo.

Tabela 29 - Estatísticas relativas ao bem estar subjetivo

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coeficiente variação %
Afetos positivos	10,00	50,00	30,047	8,208	27,31
Afetos negativos	10,00	46,00	17,997	6,908	38,38
Balanço afetivo	-35.0	40.0	12.04	10.99	91.27

Analisamos o bem estar subjetivo em relação ao género e idade. Quanto ao primeiro aspeto denota-se que o género masculino apresenta maior bem estar subjetivamente avaliado no que respeita aos afetos positivos, o que traduz um melhor balanço afetivo, e o género feminino mais afetos negativos não existindo, no entanto, diferenças significativas entre eles (p=0,296 e 0,966). Afere-se que o género não influencia o bem estar subjetivo (cf. tabela 30).

Tabela 30 - Teste de U Mann Whitney entre bem estar subjetivo e género

Bem estar subjetivo	Género		UMW	p
	Masculino	Feminino		
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Afetos Positivos	217,63	200,07	8897,000	0,296
Afetos Negativos	201,88	202,60	9709,000	0,966
Balanço afetivo	217.34	200.11	8913.000	0.305

Quanto à idade, verificamos que os estudantes mais jovens revelam mais afetos positivos mas também índices mais elevados de afetos negativos. É nos estudantes com idades superiores iguais aos 23 anos que encontramos menores índices nos afetos negativos e melhor balanço afetivo. Entre os grupos as diferenças apenas são significativas para os afetos negativos localizadas pelos testes post hoc entre os estudantes com idade ≤ 20 anos e ≥ 23 anos ($p=0,000$) e entre os de 21-22 anos e ≤ 23 anos ($p=0,018$). A variabilidade é baixa situando-se ligeiramente acima dos 4.0%.

Tabela 31 - Análise de variância a um fator entre bem estar subjetivo e idade

Bem estar subjetivo	Idade		21 - 22		≥ 23 anos		f	p	% VE
	≤ 20 anos		Média	dp	Média	dp			
Afetos positivos	Média	dp	Média	dp	Média	dp			
Afetos negativos	30,70	8,16	29,57	8,31	29,69	8,16	0,810	0,446	4,02
Balanço afetivo	19,33	7,15	18,38	6,81	16,03	6,25	8,636	0,000	4,12
	11,36	10,94	11,19	11,25	13,66	10,70	2,070	0,123	1,22

3.3 - Personalidade

Reporta-se a tabela 32 às estatísticas das duas vertentes da personalidade designadas por extroversão e neuroticismo. Os índices mínimos para as duas dimensões são de 6 e o máximo de 24 para a extroversão e 22 para o neuroticismo. Face aos índices médios obtidos aferimos que os estudantes na sua globalidade tendem para serem extrovertidos ($M=14,128 \pm 3,281$) e estáveis ($M=12,309 \pm 3,352$).

Tabela 32 - Estatísticas relativas à Extroversão e ao Neuroticismo

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação
Extroversão/ introversão	6,00	24,00	14,128	3,281	23,22%
Neuroticismo/ estabilidade	6,00	22,00	12,309	3,352	26,97%

Analisados os resultados em função dos género e idade, apuramos que o género masculino é mais extrovertido e que o género feminino apresenta maiores níveis de neuroticismo sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=0,025$).

Tabela 33 - Teste de U Mann Whitney entre Extroversão e Neuroticismo e género

Eysenk	Género	Masculino	Feminino	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Extroversão/ introversão		219,58	199,75	8787,500	0,236
Neuroticismo/ estabilidade		170,07	207,72	7928,000	0,025

No que concerne à idade, são os de idade inferior ou igual a 20 anos que se revelam mais extrovertidos, secundados pelos de idade compreendida entre os 21 e 22 anos. Em qualquer das dimensões da personalidade os estudantes de idade igual ou superior a 23 anos mostram-se mais introvertidos e neuróticos. Os valores de p são significativos em ambas as dimensões registando-se as diferenças na extroversão entre os estudantes com idade ≤ 20 vs 21-22 anos ($p= 0.001$) e os de idade ≤ 20 anos e ≥ 23 anos ($p= 0.005$). Para o neuroticismo as diferenças apenas se situam nos de idade até 20 anos e \geq a 23 anos ($p= 0.007$).

Tabela 34 - Análise de variância a um fator entre personalidade e idade

Personalidade	Idade		21 - 22		≥ 23 anos		f	p	% VE
	≤ 20 anos		Média	dp	Média	dp			
Extroversão/ introversão	Média	dp	Média	dp	Média	dp			
Extroversão/ introversão	14.87	3.10	13.67	3.30	13.65	3.31	6.73	0.001	3.24
Neuroticismo/ estabilidade	12.83	3.23	12.37	3.51	11.62	3.24	4.72	0.000	2.30

3.4 - Variáveis contextuais ao consumo de tabaco

De seguida iremos apresentar os resultados da análise estatística das variáveis contextuais ao consumo de tabaco.

Prevalência de fumadores

Pela análise da tabela 35 constatamos que 25.2% dos estudantes que compõem a amostra são fumadores, correspondendo a 24,1% dos do género feminino e a 32,1% dos do masculino.

Tabela 35 - Prevalência de fumadores

Ser Fumador	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sim	18	32.1	84	24.1	102	25.2	1,3	-1,3	1,638	0,201
Não	38	67.9	264	75.9	302	74.8	-1,3	1,3		
Total	56	100.0	348	100.0	404	100.0				

Idade de início consumo

Analisando a idade de início do consumo de tabaco dos fumadores da amostra, verificamos que a média se situa nos 16,8 anos ($\pm 2,26$), com uma idade de início aos 12 anos e uma máxima aos 23 anos.

Fazendo esta análise de acordo com o género, verificamos que o género feminino iniciou em média mais cedo o consumo de tabaco, ($M=16,6 \pm 2,06$) anos em relação ao masculino cuja idade média ocorreu aos 17,6 anos ($\pm 2,97$). A idade máxima de início foram os 22 anos para o género feminino e os 23 anos para o masculino. O teste de UMW não apresenta diferenças significativas entre o género e idade de consumo (UMW 611,00; $p= 0,197$) e os coeficientes de variação dispersões moderadas em torno do valor médio.

Tabela 36 - Estatísticas relativas à idade de início do consumo de tabaco e género

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação %
Masculino	18	12,00	23,00	17,611	2,973	16,88
Feminino	84	12,00	22,00	16,619	2,064	12,42
Idade início	102	12,00	23,00	16,794	2,266	13,50

Por grupos etários, averiguamos que 27,5% dos estudantes iniciaram o consumo de tabaco antes dos 15 anos e que a maioria (42,2%) só iniciou depois dos 18 anos, sendo destes 32,4% do género feminino. Entre os grupos as diferenças não são estatisticamente significativas

Tabela 37 - Distribuição da amostra por grupos de idade de início e por género

Idade início	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 15 anos	4	22,2	24	28,6	28	27,5	-,5	,5	1,629	0,443
16-17 anos	4	22,2	27	32,1	31	30,4	-,8	,8		
>= 18 anos	10	55,6	33	39,3	43	42,2	1,3	-1,3		

Perceção de dependência ao tabaco

Quando inquirimos se os estudantes fumadores se consideram dependentes do tabaco, a maioria (58,8%) respondeu que não, sendo que destes 61,1% são do género masculino e 58,3% do feminino. Entre grupos não se encontraram evidências estatísticas.

Tabela 38 - Percepção de dependência ao tabaco

Percepção de Dependência	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sim	7	38,9	35	41,7	42	41,2	-0,2	0,2	0,047	0,828
Não	11	61,1	49	58,3	60	58,8	0,2	-0,2		

Situações do dia associadas ao consumo de tabaco

Quando analisamos as situações em que o cigarro está associado no dia a dia, (tabela 39), na sua maioria o respondente informa que não associa o consumo de cigarro quando fala ao telefone (90,2%) em momentos de tristeza (71,6%), quando se encontra a trabalhar (77,5%) e em momentos de maior alegria (86,3%). Porém quando consome bebidas alcoólicas, (55,9%), após as refeições, (57,8%) após o consumo de café, (65,7%) e em situações de ansiedade/stress (72,5%), ocorrem ao seu consumo na generalidade com maior prevalência entre as mulheres.

Tabela 39 - Situações do dia associadas ao consumo de tabaco

	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Falar ao telefone								
Sim	2	11,1	8	9,5	10	9,8	0,042 ^a	0,837
Não	16	88,9	76	90,5	92	90,2		
Consumo de bebidas alcoólicas								
Sim	8	44,4	49	58,3	57	55,9	1,160 ^a	0,281
Não	10	55,6	35	41,7	45	44,1		
Tristeza								
Sim	3	16,7	26	31,0	29	28,4	1,487 ^a	0,223
Não	15	83,3	58	69,0	73	71,6		
Após as refeições								
Sim	10	55,6	49	58,3	59	57,8	0,047 ^a	0,829
Não	8	44,4	35	41,7	43	42,2		
Trabalho								
Sim	6	33,3	17	20,2	23	22,5	1,456 ^a	0,228
Não	12	66,7	67	79,8	79	77,5		
Alegria								
Sim	3	16,7	11	13,1	14	13,7	0,160 ^a	0,689
Não	15	83,3	73	86,9	78	86,3		
Consumo de café								
Sim	12	66,7	55	65,5	67	65,7	0,009 ^a	0,923
Não	6	33,3	29	34,5	35	34,3		
Ansiedade/Stress								
Sim	12	66,7	62	73,8	74	72,5	0,380 ^a	0,538
Não	6	33,3	22	26,2	28	27,5		
Nenhum								
Sim	1	5,6	1	1,2	2	2,0	1,469 ^a	0,225
Não	17	94,4	83	98,8	100	98,0		

^a.1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.29.

Tentativas para deixar de fumar

No que diz respeito a tentativas para deixar de fumar, 43,1% já tentaram entre uma e três vezes, 39,2% mais de três vezes. Estes valores são mais elevados no género feminino, mas as diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 40 – Tentativas para deixar de fumar

Tentativas	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
1 a 3 vezes	12	66,7	32	38,1	44	43,1	2,2	-2,2	5,492	0,139
Mais de 3 vezes	5	27,8	35	41,7	40	39,2	-1,1	1,1		
Tentou mas não conseguiu	-	0,0	5	6,0	5	4,9	-1,1	1,1		
Nunca tentou	1	5,6	12	14,3	13	12,7	-1,0	1,0		

Recursos utilizados para deixar de fumar

Relativamente aos recursos utilizados nessas tentativas, 91% recorreu à Consulta de Cessação Tabágica (91,7% do género feminino e 88,2% do género masculino). Apenas 4,5% dos estudantes do género feminino já recorreram a medicamentos.

Tabela 41 - Recursos utilizados para deixar de fumar

Recurso	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Consulta de cessação tabágica	15	88,2	66	91,7	81	91,0	-0,4	0,4	3,434	0,329
Medicamentos	-	0,0	4	5,6	4	4,5	-1,0	1,0		
Leitura de orientações em revistas e folhetos	1	5,9	1	1,4	2	2,2	1,1	-1,1		
Nenhum	1	5,9	1	1,4	2	2,2	1,1	-1,1		

Convívio com fumadores em casa

À pergunta, se convivem com fumadores na sua casa, a maioria (54,9%) respondeu que sim, sendo destes 55,6% do género masculino e 54,8% do feminino.

Tabela 42 - Convívio com fumadores em casa

Convive fumadores	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sim	10	55,6	46	54,8	56	54,9	0,1	-0,1	0,04	0,951
Não	8	44,4	38	45,2	46	45,1	-0,1	0,1		

Preocupação com o peso ao deixar de fumar

Quanto à preocupação em ganhar peso ao deixar de fumar, 67,6% dos inquiridos responderam que não tinham essa preocupação, principalmente entre os homens (83,3%).

Tabela 43 - Preocupação com o peso ao deixar de fumar

Preocupação peso	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sim	3	16,7	30	35,7	33	32,4	-1,6	1,6	2,457	0,117
Não	15	83,3	54	64,3	69	67,6	1,6	-1,6		

3.5 - Dependência à Nicotina

Serão de seguida apresentados os resultados associados aos itens do Teste de Fageström para a Dependência à Nicotina e aos níveis de dependências encontrados por variáveis sociodemográficas e académicas.

Tempo depois de acordar em que fuma primeiro cigarro

Quando questionamos aos estudantes quanto tempo depois de acordar fumava o primeiro cigarro, 72,5% responderam que o faziam após sessenta minutos, sendo que destes 75,0% são do género feminino e 61,1% do masculino. A diferença entre grupos não é significativa.

Tabela 44 - Tempo depois de acordar em que fuma primeiro cigarro

Tempo após acordar	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Dentro de 5 minutos	1	5,6	1	1,2	2	2,0	2,871	0,412
Entre 6-30 minutos	5	27,8	14	16,7	19	18,6		
Entre 31-60 minutos	1	5,6	6	7,1	7	6,9		
Após 60 minutos	11	61,1	63	75,0	74	72,5		

Fumar em locais proibidos

Por outro lado ao questionarmo-los se achavam difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido, 93,1% afirmaram que não, com percentagens similares entre homens e mulheres.

Tabela 45 - Fumar em locais proibidos

	Masculino	Feminino	Total	X ²	p
--	-----------	----------	-------	----------------	---

Fumar em locais proibidos	N	%	N	%	N	%		
	18	100	84	100	102	100		
Sim	1	5,6	6	7,1	7	6,9	0,058 ^a	0,809
Não	17	94,4	78	92,9	95	93,1		

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.29.

Cigarro do dia que traz mais satisfação

Para cerca de oito em cada dez dos estudantes, e ao invés do que seria expectável o cigarro do dia que traz mais satisfação não é o primeiro da manhã mas um outro fumado a qualquer momento, provavelmente fumado em convívio social.

Tabela 46 - Cigarro do dia que traz mais satisfação

Cigarro do dia que traz mais satisfação	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
O 1º da manhã	4	22,2	14	16,7	18	17,6	0,315 ^a	0,575
Outros/nenhum	14	77,8	70	83,3	84	82,4		

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.29.

Número de cigarros por dia

A questão relativa ao número de cigarros fumados por dia os estudantes na grande maioria (80,4%), fumam 10 ou menos cigarros. Destes 82,1% correspondem ao género feminino e 72,2% ao masculino.

Tabela 47 - Número de cigarros por dia

Número de cigarros que fuma por dia	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
10 ou menos	13	72,2	69	82,1	82	80,4	1,378 ^a	0,502
11 a 20	5	27,8	14	16,7	19	18,6		
21 a 30	-	0,0	1	1,2	1	1,0		

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.29.

Fumar mais frequentemente de manhã

Quando inquiridos sobre se fumavam mais frequentemente pela manhã que no resto do dia, 87,3% respondeu que não. Entre os que fumam mais no período da manhã (12,7%), os hábitos mais arraigados encontram-se no sexo masculino com 16,7%.

Tabela 48 - Fumar mais frequentemente de manhã

Fuma mais frequentemente pela manhã	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	3	16,7	10	11,9	13	12,7	0,302 ^a	0,582
Não	15	83,3	74	88,1	89	87,3		

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.29.

Fumar mesmo que esteja doente

Ao inquirirmos sobre se fumavam mesmo quando estão doentes, 58,8% afirma que não, correspondendo a 59,5% ao género feminino.

Tabela 49 - Fumar mesmo que esteja doente

Fuma mesmo doente	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	8	44,4	34	40,5	42	41,2	0,096 ^a	0,756
Não	10	55,6	50	59,5	60	58,8		

^a.1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.29.

Resultante do somatório dos itens acima analisados, obtém-se o score global da dependência à nicotina, cujas estatísticas se encontram na tabela 50. Da sua análise extrai-se que os valores mínimos e máximos são de zero e dez tanto para o índice global como para ambos os géneros com uma média de dependência à nicotina mais elevada no género masculino (M=1,944;dp=2,460) do que no feminino (M=1,392;dp=3,702). Os coeficientes de variação revelam dispersões muito elevadas dado que o desvio padrão é superior à medida observada.

Tabela 50 - Estatísticas do teste de Fageström por género

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação
Masculino	0,00	10,00	1,944	2,460	126,5
Feminino	0,00	10,00	1,392	3,702	265,9
Índice global	0,0	10,0	1.49	2.03	136.2

Conforme os critérios do autor da escala é possível de acordo com o score global da escala classificar a dependência em quatro grupos: muito baixo, baixo, médio e elevado. Assim, pelos resultados incertos na tabela 51 a prevalência de elevada dependência à nicotina é nos estudantes de enfermagem de 8.8% e de média dependência de 3.9%. Cerca de 85.0% dos estudantes tem muito baixa ou baixa dependência à nicotina.

Ao analisarmos o nível de dependência em função do género, verificamos que dos 84 estudantes do género feminino 85,0% apresentam uma dependência muito baixa e dos 18 estudantes masculinos 33,3% aponta para uma dependência elevada e igual percentagem para uma dependência baixa.

Quanto à idade de início de consumo dos 42,2% de estudantes que começaram a fumar depois dos 18 anos, 47,5% têm um nível de dependência muito baixo. Já nos fumadores mais precoces (<15 anos) a dependência é para 44,4% elevada.

No que concerne à idade cronológica verificamos que 45,0% dos estudantes com idades iguais ou inferiores a 20 anos têm um nível de dependência muito baixo e apenas 11,1% tem um nível elevado. No grupo com idades iguais ou superiores a 23 anos, 33,8% têm um nível de dependência muito baixo enquanto 66,7% um nível elevado.

Quando analisamos o nível de dependência de acordo com a zona de residência, verificamos que os residentes em zona urbana ponderam com percentuais mais elevados em todos os grupos.

Pela análise da tabela 51, verificamos que os estudantes com dependência muito baixa na sua maioria (52,5%) coabita com a família, enquanto os de dependência baixa (55,6%) coabita com amigos ou na residência. Os de dependência média e elevada na sua maioria também repartem estes dois grupos com 50,0% para os que coabitam com amigos ou residência e 66,7% com familiares. De notar que os valores percentuais mais baixos vislumbram-se nos que habitam sozinhos.

Ao analisamos o nível de dependência de acordo com os índices de IMC, apuramos que são os de peso normal que apresentam índices percentuais mais elevados em todos os grupos, secundados pelos pré-obesos.

Tabela 51 - Nível de dependência por variáveis sociodemográficas

Nível de dependência	Muito baixo		Baixo		Médio		Elevado		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Género												
Masculino	12	15,0	3	33,3	-	0,0	3	33,3	18	17,6	4,290 ^a	0,232
Feminino	68	85,0	6	66,7	4	100	6	66,7	84	82,4		
Idade de início												
<=15	19	23,8	2	22,2	3	75,0	4	44,4	28	27,5	9,747 ^a	0,136
16-17	23	28,8	3	33,3	1	25,0	4	44,4	31	30,4		
>=18	38	47,5	4	44,4	-	0,0	1	11,1	43	42,2		
Grupos etários												
<=20 anos	36	45,0	2	22,2	2	50,0	1	11,1	41	40,2	7,106 ^a	0,311
21-22anos	17	21,3	2	22,2	-	0,0	2	22,2	21	20,6		
>=23 anos	27	33,8	5	55,6	2	50,0	6	66,7	40	39,2		
Zona de residência												
Urbana	48	60,0	7	77,8	4	100,0	6	66,7	65	63,7	3,560 ^a	0,313
Rural	32	40,0	2	22,2	-	0,0	3	33,3	37	36,3		
Coabitação												
Sozinho	1	1,3	-	0,0	-	0,0	1	11,1	2	2,0	6,064 ^a	0,416
Amigos/residência	37	46,3	5	55,6	2	50,0	2	22,2	46	45,1		
Família	42	52,5	4	44,4	2	50,0	6	66,7	54	52,9		
índices de IMC												
Baixo peso	5	6,4	-	0,0	-	0,0	-	0,0	5	5,0	15,429 ^a	0,080

Normal	49	62,8	7	77,8	2	50,0	6	66,7	64	64,0		
Pré-obesidade	20	25,6	2	22,2	2	50,0	-	0,0	24	24,0		
Obesidade	4	5,1	-	0,0	-	0,0	3	33,3	7	7,0		

^a.1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.29.

Em síntese:

- os estudantes apresentaram valores sugestivos de baixos índices de depressão, ansiedade e stress, com valores médios inferiores à média esperada;
- os homens apresentam índices mais elevados de depressão e de ansiedade do que as mulheres, mas menores índices de stress estatisticamente significativo apenas para o stress ($p=0,006$);
- o valor médio mais alto está no stress, no grupo com idades entre os 21-22 anos ($M=7,20; dp=4,59$) e o mais baixo ocorre na dimensão depressão no grupo de ≤ 20 anos ($M=3,69; dp=4,47$);
- predominam os afetos positivos com valores médios mais elevados ($M=30,047; dp=8,208$) do que os afetos negativos ($M=17,997; dp=6,908$);
- o género não influencia o bem estar subjetivo;
- os estudantes mais jovens revelam mais afetos positivos mas também índices mais elevados de afetos negativos;
- são os estudantes com 23 anos ou mais que apresentam menores índices nos afetos negativos e melhor balanço afetivo;
- os estudantes na sua globalidade tendem para serem extrovertidos ($M=14,128 \pm dp=3,281$) e estáveis ($M=12,309 \pm dp=3,352$);
- o género masculino é mais extrovertido e o feminino mais neurótico, com diferença estatisticamente significativa;
- estudantes com idade até 20 anos revelam-se mais extrovertidos;
- os estudantes de idade igual ou superior a 23 anos mostram-se mais introvertidos e mais neuróticos;
- 25.2% dos estudantes são fumadores, sendo 24,1% dos do género feminino e 32,1% dos do masculino;
- com uma idade média de início do consumo de tabaco de 16,8 anos, com idade mínima de 12 anos máxima aos 23 anos;

- o género feminino iniciou em média mais cedo o consumo de tabaco, ($M=16,6 \pm 2.06dp$) em relação ao masculino ($M=17,6 \text{ anos} \pm 2.97dp$);
- 58,8% respondeu que não se considera dependente do tabaco, sendo que destes 61.1% são do género masculino e 58.3% do feminino;
- o estudante não associa o consumo de cigarro a quando fala ao telefone (90,2%) em momentos de tristeza (71,6%), quando se encontra a trabalhar (77.5%) e em momentos de maior alegria (86.3%);
- associa ao consumo de bebidas alcoólicas (55,9%), após as refeições (57,8%), após o consumo de café (65,7%) e em situações de ansiedade/stress (72,5%), com maior prevalência entre as mulheres;
- 43,1% já tentaram deixar de fumar entre uma e três vezes, 39,2% mais de três vezes;
- 91% recorreram à Consulta de Cessação Tabágica (74,2% do género feminino e 16,9% do género masculino) e apenas 4,5% dos estudantes do género feminino já recorreram a medicamentos;
- 54,9% convivem com fumadores na sua casa, sendo destes 55.6% do género masculino e 54.8% do feminino;
- 67,6% dos inquiridos responderam que não tinham preocupação em ganhar peso ao deixar de fumar, principalmente os homens (83.3%);
- a média de dependência à nicotina é mais elevada no género masculino ($M=1,944; dp=2,460$) do que no feminino ($M=1,392; dp=3,702$);
- 85.0% apresentam um nível de dependência à nicotina muito baixo ou baixo, 3.9% dependência média e 8.8% elevado;
- dos estudantes que começaram a fumar depois dos 18 anos, 47,5% têm um nível de dependência muito baixo e em 44,4% dos fumadores mais precoces (<15 anos) a dependência é elevada;
- 45,0% dos estudantes com idades até aos 20 anos exibem um nível muito baixo de dependência, já dos que têm idades superiores a 23 anos, 66,7% apresentam um nível elevado;
- os residentes em zona urbana ponderam com percentuais mais elevados em todos os grupos;
- os valores mais baixos de dependência nos estudantes que vivem sozinhos;
- estudantes com IMC normal, apresentam valores de dependência mais elevados.

3.6 - Análise inferencial

Nesta parte do trabalho serão averiguadas as relações presentes entre as diferentes variáveis em estudo, procurando dar resposta às questões de investigação formuladas. Neste contexto, a primeira questão procurava saber qual a prevalência do consumo do tabaco em estudantes de Enfermagem? Os resultados explanados na análise descritiva já deram resposta a esta primeira inquietação quando apurámos que 25,2% eram fumadores e destes cerca de 9 em cada 10 têm muito baixa ou baixa dependência.

3.6.1 – Relação entre consumo de tabaco e variáveis sociodemográficas e académicas

A segunda questão tinha em vista identificar quais as variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam o consumo de tabaco nos estudantes de enfermagem.

De acordo com a tabela 52 apuramos que o género masculino apresenta maiores índices de dependência do que o género feminino mas as diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que inferimos que o género não influencia a dependência à nicotina.

Tabela 52 - Teste de U Mann Whitney / género

	Ordenação Média	UMW	p
Masculino	54,25	706.500	0,645
Feminino	50,91		

Segundo a tabela 53 verificamos que os maiores níveis de dependência se encontram no grupo etário de ≥ 23 anos (OM=57,00), mas as diferenças não são significativas ($p=0,278$).

Tabela 53 - Teste de Kruskal Wallis / grupos etários

Grupos etários	Ordenação Média	X2	p
≤ 20 anos	47,93	2,561	0,278
21 -22 anos	48,00		
≥ 23 anos	57,00		

A tabela 54 mostra-nos que os níveis mais elevados de dependência se verificam nos casados/união de facto (OM=76,00) e com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,003$).

Tabela 54 - Teste de U Mann Whitney/estado civil

	Ordenação Média	UMW	p
Solteiro/divorciado	48,84	215.000	0,003
Casado/união facto	76,00		

No que diz respeito à zona de residência, podemos aferir que os maiores índices de dependência se verificam nos estudantes residentes da zona urbana (OM=53,15), mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,427$).

Tabela 55 - Teste de U Mann Whitney entre consumo de tabaco e zona de residência

	Ordenação Média	UMW	p
Urbana	53,15	1095.000	0,427
Rural	48,59		

A tabela 56 dá-nos indicações sobre o consumo de tabaco e a coabitação. Observamos que os índices mais elevados de dependência situam-se nos estudantes que habitam sozinhos (OM=60,25) secundados pelos que coabitam com familiares mas sem significância estatística ($p=0,596$).

Tabela 56 - Teste de Kruskal Wallis entre consumo de tabaco e coabitação

Coabitação	Ordenação Média	X2	p
Sozinho	60.25	1,035	0, 596
Amigos/residência	48.57		
Família	53.68		

Alude-se na tabela 57, que os estudantes que coabitam com a família têm médias de dependência mais elevadas ($M=1,6481$), mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,311$).

Tabela 57 - Teste t de student para a coabitação

	Média	Desvio padrão	Levene's (p)	t	p
Amigos/residência	1,2391	1,76616	0,147	-1,018	0,311
Família	1.6481	2.18189			

A tabela 58 dá-nos indicações da relação entre consumo de tabaco e o número de irmãos. Apuramos que os estudantes com maior numero de irmão revelam maiores níveis de dependência e conseqüentemente maior consumo de tabaco do que os que não tem irmãos ou possuem um ou dois irmãos mas as diferenças entre o grupos não são significativas ($p=0,957$).

Tabela 58 - Teste de Kruskal Wallis entre consumo de tabaco e número de irmãos

Número irmãos	Ordenação Média	X ²	p
Sem irmãos	46.77	0,315	0,957
Um irmão	48.09		
Dois irmãos	50.60		
Três ou mais irmãos	57.00		

Em relação à atividade remunerada pelo teste de UMW infere-se que o nível de dependência é mais elevado nos estudantes com atividade remunerada (OM=56,97) mas as diferenças também não são estatisticamente significativas ($p=0,152$).

Tabela 59 - Teste de U Mann Whitney entre consumo de tabaco e atividade remunerada

Atividade remunerada	Ordenação Média	UMW	p
Sim	56,97	981.000	0,152
Não	48,64		

Já o estatuto de bolsheiro interfere com o consumo de tabaco, denotando-se maiores índices de dependência nos estudantes não bolsheiros (OM=55,68) ($p=0,019$) (cf. tabela 60).

Tabela 60 - Teste de U Mann Whitney entre consumo de tabaco e estatuto de bolsheiro

Bolsheiro	Ordenação Média	UMW	p
Sim	41,47	779.000	0,019
Não	55,68		

No que concerne ao ano em que está inscrito, os resultados indicam que os maiores níveis de dependência se verificam nos estudantes inscritos no 3º ano (OM=56,67) secundados pelos que estão inscritos noutros anos, mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,333$).

Tabela 61 - Teste de Kruskal Wallis entre dependência à nicotina e ano em que está inscrito

Ano em que está inscrito	Ordenação Média	X2	p
1º ano	55,31	4,581	0,333
2º ano	40,98		
3º ano	56,67		
4º ano	50,53		
Outro	56,56		

Finalmente pela leitura da tabela 62 apuramos que os estudantes de baixo peso apresentam menores níveis de dependência (OM=40,10) enquanto classificados como obesos revelam níveis de dependência mais elevados (OM=.73,79) mas as diferenças não são significativas ($p=0,106$).

Tabela 62 - Teste de Kruskal Wallis entre consumo de tabaco e IMC

IMC	Ordenação Média	X2	p
Baixo peso	40,10	6,127	0,106
Normal	49,99		
Pré-obesidade	47,23		
Obesidade	73,79		

3.6.2 – Relação entre consumo de tabaco e variáveis de contexto psicológico

A última questão de investigação procurava determinar qual a relação entre as variáveis psicológicas e o consumo de tabaco em estudantes de enfermagem?

Para o efeito realizámos uma regressão linear múltipla univariada, que é o método utilizado quando pretendemos comparar uma variável dependente ou endógena com duas ou mais variáveis independentes ou exógenas todas de natureza quantitativa. Como variável endógena assumimos a dependência à nicotina e como variáveis exógenas a personalidade (neuroticismo/estabilidade, extroversão/introversão) a ansiedade, depressão e stress e o bem estar subjetivo com as suas três componentes (afetos positivos, afetos negativos e balanço afetivo). Neste constructo introduzimos ainda duas variáveis sociodemográficas, concretamente a idade e o sexo, por acharmos pertinentes num estudo desta natureza.

Para a variável sexo, foi necessário proceder à sua transformação em variável muda. Numa primeira fase efetuamos a regressão linear múltipla através do processo clássico tendo adotado como método de estimação o método “enter”, porque pretendíamos determinar as variáveis potencialmente preditoras do consumo de tabaco. Num segundo momento, através do pacote estatístico AMOS efetuamos para as variáveis preditoras uma análise de equações estruturais por forma a ajustarmos o modelo. Apresentamos porém os resultados obtidos com o programa AMOS.

Nesta conformidade, a tabela 63 evidencia os rácios críticos e as probabilidades correspondentes bem como os coeficientes Beta (β) padronizados. Analisando os rácios críticos notamos que todas as trajetórias das variáveis manifestas com latente apresenta rácios críticos inferiores a 1.96 em valor absoluto o que é condizente com probabilidades superiores a 0.05, exceto a trajetória stress vs dependência à nicotina ($p=0.042$) e extroversão vs dependência à nicotina ($p= 0.029$).

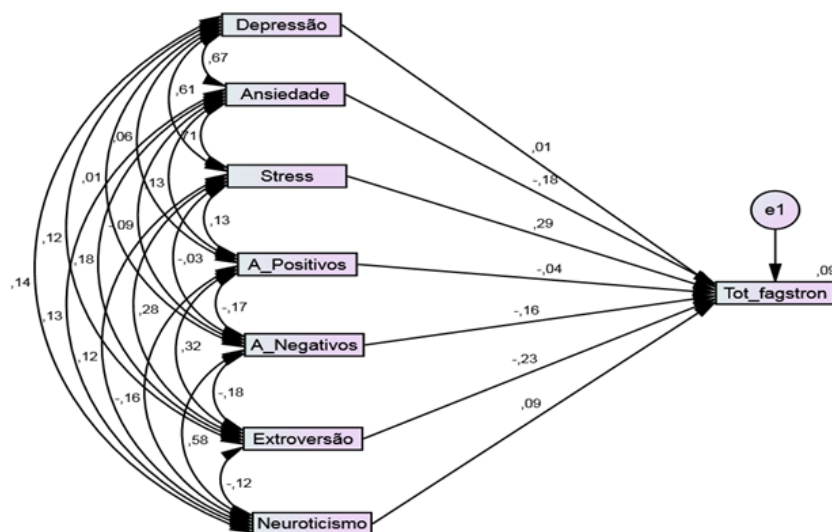
Tabela 63 – Rácios críticos e coeficientes Beta

Trajetorias		RC	p	β
Dependência à nicotina	<--- Depressão	,075	,940	0.010
Dependência à nicotina	<--- Ansiedade	-1,213	,225	-0.185
Dependência à nicotina	<--- Stress	2,032	,042	0.295
Dependência à nicotina	<--- A.Positivos	-,439	,661	-0.045
Dependência à nicotina	<--- A.Negativos	-1,327	,184	-0.160
Dependência à nicotina	<--- Extroversão	-2,184	,029	-0.229
Dependência à nicotina	<--- Neuroticismo	,718	,473	0.087

A figura 2 apresenta em síntese as correlações entre as diferentes variáveis usadas na regressão linear múltipla bem como os coeficientes padronizados beta.

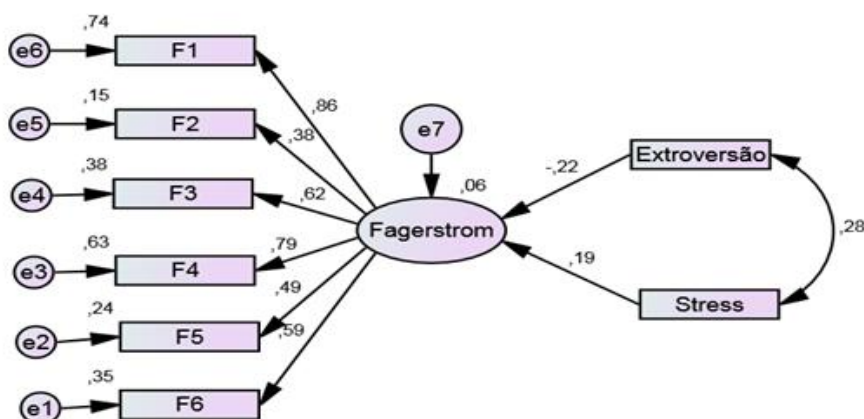
Pelo valores correlacionais o menor ($r= 0.01$) é registado entre os afetos negativos e a depressão, sem significado estatístico e o maior entre o stress e ansiedade ($r= 0.71$) com diferenças significativas. Pelos coeficientes estandardizados beta dados pelas trajetórias das variáveis manifestas com a variável latente registamos que o stress ($\beta = 0.29$) e a extroversão ($\beta = -0.23$) são as que apresentam maior peso preditivo e conseqüentemente se mostraram preditoras para o consumo de tabaco. A percentagem de variância explicada por todas as variáveis no seu conjunto é de cerca de 9.0%.

Figura 2 - Gráfico do modelo inicial para o consumo de tabaco



Procedemos ao ajuste do modelo eliminando todas as variáveis que não se mostraram predictoras. A figura 3 representa o output gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo o coeficiente de regressão ou de trajetória extroversão com o índice de nicotina é de ($\beta_{extroversão} = -0.22$; $p = 0.027$) e do stress ($\beta_{stress} = 0.18$; $p = 0.079$), valores ligeiramente inferiores aos registados quando foram analisadas todas as variáveis em simultâneo. Pelas probabilidades apuramos que o stress apresenta uma significância marginal variando em sentido direto e a extroversão é significativa e estabelece uma relação inversa o que nos permite afirmar que os estudantes mais introvertidos e com maiores níveis de stress são os que consomem mais tabaco. O modelo final passou a explicar cerca de 26% da variação observada do consumo de tabaco nas diferentes variáveis. A correlação entre extroversão e stress é fraca ($r=0.28$) com uma percentagem e variância explicada de 7.8%.

Figura 3 – Gráfico do modelo final ajustado para o consumo de tabaco



Em síntese:

- o género não influencia a dependência à nicotina.
- verificamos que os maiores níveis de dependência se encontram no grupo etário de ≥ 23 anos (OM=57,00), mas as diferenças não são significativas ($p=0,278$).
- os níveis mais elevados de dependência se verificam nos casados/união de facto (OM=76,00) e com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,003$).
- podemos aferir que os maiores índices de dependência se verificam nos estudantes residentes da zona urbana (OM=53,15), mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,427$).
- os índices mais elevados de dependência situam-se nos estudantes que habitam sozinhos (OM=60,25) secundados pelos que coabitam com familiares, mas sem significância estatística ($p=0,596$).
- os estudantes que coabitam com a família têm médias de dependência mais elevadas ($M=1,6481$), mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,311$).
- os estudantes com maior número de irmão revelam maiores níveis de dependência e consequentemente maior consumo de tabaco do que os que não têm irmãos ou possuem um ou dois irmãos, mas as diferenças entre os grupos não são significativas ($p=0,957$).
- que o nível de dependência é mais elevado nos estudantes com atividade remunerada (OM=56,97), mas as diferenças também não são estatisticamente significativas ($p=0,152$).
- o estatuto de bolseiro interfere com o consumo de tabaco, denotando-se maiores índices de dependência nos estudantes não bolseiros (OM=55,68) ($p=0,019$).
- os resultados indicam que os maiores níveis de dependência se verificam nos estudantes inscritos no 3º ano (OM=56,67) secundados pelos que estão inscritos noutros anos, mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,333$).
- os estudantes de baixo peso apresentam menores níveis de dependência (OM=40,10) enquanto os classificados como obesos revelam níveis de dependência mais elevados (OM=73,79) mas as diferenças não são significativas ($p=0,106$).

- registamos que o stress ($\beta = 0.29$) e a extroversão ($\beta = -0.23$) são as que apresentam maior peso preditivo e conseqüentemente se mostraram preditoras para o consumo de tabaco.

- o stress apresenta uma significância marginal variando em sentido direto e a extroversão é significativa e estabelece uma relação inversa o que nos permite afirmar que os estudantes mais introvertidos e com maiores níveis de stress são os que consomem mais tabaco.

Capítulo 4: Discussão

Neste capítulo fazemos a discussão da nossa investigação, começando por arguir a parte metodológica e seguindo com a discussão dos resultados obtidos, contrapondo com investigações nacionais e internacionais que lhes sejam similares ou opostos e procurando dar resposta às inquietações que estiveram na génese deste estudo.

4.1 - Discussão metodológica

Os procedimentos metodológicos que foram utilizados na investigação revelaram estar de acordo com os objetivos inicialmente traçados e com as características da amostra selecionada.

O questionário usado como instrumento de colheita de dados, foi preenchido online pelos estudantes que aceitaram participar no nosso estudo, não tendo sido necessário a presença da investigadora. Consideramos que este instrumento era um pouco extenso e com um número elevado de variáveis, o que poderá ter condicionado os inquiridos com um preenchimento um pouco demorado e cansativo.

Outra limitação metodológica que me preme referir, foi termos realizado um estudo com enfoque transversal, com avaliações feitas num único momento, não existindo um período de acompanhamento dos participantes. A grande desvantagem dos estudos transversais é a impossibilidade de instituir relações causais por não demonstrarem a existência de uma sequência temporal entre a exposição ao factor e o posterior desenvolvimento do fenómeno em estudo. No entanto, para se realizar este estudo transversal, foi essencial definir em primeiro lugar as questões a responder, definir-se a população a estudar e um método de seleção da amostra e, por fim, definir os fenómenos e os métodos de mensuração das variáveis de conveniência.

Por tudo isto, consideramos que o presente estudo foi condicionado pelas opções metodológicas utilizadas, não sendo, por isso, possível generalizarem-se os resultados obtidos. Tal só será exequível através de novos estudos da mesma área, realizados com amostras mais dilatadas.

Apesar destas limitações, podemos afiançar que os resultados conseguidos proporcionaram um conhecimento mais efetivo sobre o consumo de tabaco nos estu-

dantes de enfermagem, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, académicas e psicológicas e na amostra que foi determinada.

4.2 - Discussão dos resultados

Apresentamos de seguida os resultados obtidos com a nossa investigação. Para melhor compreensão, analisámos estes resultados de acordo com os objetivos inicialmente traçados para este trabalho.

Caracterizar o consumo de tabaco nos estudantes de Enfermagem.

Os estudantes de enfermagem que participaram no estudo apresentaram uma prevalência de consumo de tabaco de 25,2%, sendo 24,1% dos do género feminino e a 32,1% dos do masculino. Estes valores são ligeiramente inferiores aos apresentados por Bonito (2010) em que 34,6% dos estudantes inquiridos tinham fumado no último mês, mas são superiores aos encontrados por Silva, Sales, França & Siqueira (2012) que na sua amostra de estudantes de enfermagem apenas 14,7% eram fumadores e também por Rondina, Martins, Manzato e Terra (2013) com 8,61% de tabagismo na amostra selecionada. Na República Democrática Popular do Lau, Sychareun, Hansana, Choummanivong, Nathavong, Chaleunvong e Durham (2013) verificaram que apenas 5,1% dos estudantes das áreas de saúde inquiridos apresentavam consumo de tabaco, sendo estes valores, segundo os próprios autores, inferiores aos que tinham sido apresentados num estudo nacional.

Analisando a idade de início do consumo de tabaco, concluímos que a média se situava nos 16,8 anos, apesar de 42,2% ter iniciado o consumo depois dos 18 anos, sendo destes 32,4% do género feminino. Estes dados são concordantes com Silva, Sales, França & Siqueira (2012) que ostentaram uma maioria (60%) de estudantes de enfermagem com início de consumo de tabaco na faixa etária dos 16 aos 20 anos. Também num estudo efetuado com estudantes do ensino superior, Marques, Corte, Videira e Bidarra (2011) mostraram que a idade de iniciação tabágica foi em média de 15 anos nos estudantes do género masculino e no género feminino foi de 16 anos. Estes dados corroboram o descrito no PNPCT (DGS, 2012) em que, segundo o estudo do Eurobarómetro em 2012, cerca de 90% dos fumadores portugueses disseram ter iniciado o consumo regular de tabaco antes dos 25 anos; 22% antes dos 15 anos e 51%, entre os 15 e os 18 anos. Os autores Granville-Garcia, Sarmiento, Santos, Pinto, Sousa e Cavalcanti (2012) no seu estudo sobre “Tabagismo entre académicos da área

de saúde” na Universidade Estadual da Paraíba, encontraram 63,2% de estudantes que tinham iniciado o consumo entre os 13 e os 18 anos.

Relativamente à dependência à nicotina e à idade de início do consumo, dos estudantes que começaram a fumar depois dos 18 anos, 47,5% têm um nível de dependência muito baixo e nos fumadores mais precoces (<15 anos) a dependência é para 44,4% muito elevada. Estes dados são corroborados por Nunes, Vargas, Nunes e Noto (2011), que afirmam que de entre os 70% de adolescentes que encetam fumar, 25% ficam rapidamente dependentes. Quanto mais tarde se inicia o consumo menor probabilidade de isso acontecer.

Da amostra que constituímos com os fumadores do nosso estudo, 58,8% não se consideram dependentes do tabaco, tal facto é-nos referido por Cardoso, Caldeira dos Santos e Berardinelli (2009), ao afirmarem que a grande maioria dos estudantes, “... quando questionados, anulam qualquer importância do tabagismo em suas vidas, de tal forma, negam também que sejam dependentes do cigarro”.

Quando inquirimos sobre as tentativas que já haviam feito para deixar de fumar, percebemos que 43,1% já o tinham feito entre uma e três vezes e 91% já recorreram à Consulta de Cessação Tabágica. Estes resultados são relevantes e são contraproducentes com os obtidos por Bonito (2010) no seu estudo com a primeira aplicação do Global Health Professional Survey no contexto português, com estudantes de enfermagem, que nos relatou que 62% nunca tinha recebido aconselhamento para deixar de fumar.

Em relação ao convívio com fumadores em casa, 54,9% respondeu afirmativamente, sendo destes 45,1% do género feminino. Este facto é consonante com a ideia de Precioso et al (2009), que nos referem que dentro dos fatores micro-sociais apresentados como fatores de risco relacionados com o consumo de tabaco, os grupos que estudaram referiram o facto de terem familiares fumadores como potenciador do conhecimento da substância e da forma de utilização, bem como do acesso a ela. Também os autores Silva, Sales, França & Siqueira (2012) nos mostram no seu estudo que 58,5% convive com fumadores, 53% declaram ter familiares e 32,4% amigos próximos que fumam.

Com os resultados obtidos através do Teste de Fageström para a Dependência à Nicotina, podemos caracterizar o consumo de tabaco nesta amostra quanto ao nível de dependência à nicotina. O nível de dependência a esta substância no nosso estudo é muito baixo (78,4%) e apenas 8,8% dos estudantes apresentam um nível elevado.

Estes dados são similares aos obtidos por Santos (2012) com 75% da sua amostra com nível de dependência muito baixo.

Identificar variáveis sociodemográficas e acadêmicas no consumo de tabaco em estudantes de enfermagem.

Segundo a caracterização sociodemográfica da amostra do nosso estudo, é constituída na sua maioria por estudantes do género feminino (86,1%), e apenas 4,5% do género masculino, comprovando o resultado de estudos já realizados com estudantes da área de ciências biológicas que refletem a cultura da profissão de enfermagem caracterizada pela supremacia do género feminino desde a sua origem. Silva, Sales, França & Siqueira (2012), também obtiveram resultados semelhantes com 60,7% da sua amostra a corresponder ao género feminino (refletindo, desta forma a cultura da profissão de enfermagem).

Importante referir que 63,4% da população feminina do nosso estudo apresentavam um índice de IMC de Peso Normal e apenas 16,33% apresentavam índices de Pré Obesidade e de Obesidade. Assim, quando as inquirimos quanto à preocupação com o ganho de peso que possa existir ao deixar de fumar, 67,6% responderam que não a têm. Estes dados são no mínimo interessantes, uma vez que o aumento ponderal consequente da cessação tabágica é uma das dificuldades apontadas para a manutenção da abstinência, principalmente em mulheres, dizem-nos Chatkin e Chatkin (2007) no artigo de revisão que escreveram sobre “Tabagismo e variação ponderal”.

Analisar a influência das variáveis de contexto psicológico no consumo de tabaco em estudantes de enfermagem.

Quando investigámos sobre as situações do dia com que o uso do cigarro está associado, 55,9% refere o consumo de bebidas alcoólicas e 72,5% apresenta as situações de maior ansiedade e stress como estando relacionadas com este comportamento. Granville-Garcia, Sarmiento, Santos, Pinto, Sousa e Cavalcanti (2012), também comprovaram na sua investigação com estudantes da área da saúde que 75% fumavam mais quando bebiam álcool. Verificámos conjuntamente que algumas variáveis psicológicas influenciam o consumo de tabaco, sendo a extroversão inversamente preditora do nível de dependência à nicotina, o que implica que quanto mais extrovertidos são os estudantes do nosso estudo, menos dependentes são da nicotina. Estes resultados corroboram o que foi obtido por Rondina, Gorayeb e Botelho (2007) que nos afirmam que a relação entre tabagismo e extroversão está a reduzir. Este hábito

tornou-se indesejável em diversos países e muitos fumadores extrovertidos terão sido sancionados ou discriminados pelo consumo de tabaco na sua interação social, esta circunstância pode ter concorrido para diminuir o nível de associação entre tabagismo e esta característica da personalidade.

Também o stress é preditor do nível de dependência à nicotina, sendo que quanto mais stressados os participantes deste estudo, maior é a sua dependência. Estes resultados vão de encontro a Afonso e Pereira (2013, p. 24), que afirmam que *“os fumadores com mais sintomas relacionados com a morbilidade psicológica (e.g., mais stress psicológico ou ansiedade) tendem a ser mais dependentes da nicotina, consumindo mais tabaco...”*.

Capítulo 5: Conclusões

O combate ao tabagismo é uma prioridade reconhecida por todos e tem como um dos principais atores os profissionais de saúde, através, entre outras coisas, do aumento da literacia em saúde da população. Os enfermeiros são, sem dúvida, um dos rostos mais marcantes nesta luta por um melhor nível de saúde relacionado com o consumo de substâncias psicoativas. Como modelos e conselheiros de comportamentos salutareos, eles detêm uma preciosa carga positiva na mudança nos comportamentos de risco, pelo que o consumo de tabaco seja contraproducente com este papel. Desta forma, os estudantes de enfermagem, enquanto futuros profissionais de saúde, são um público importante para futuras intervenções e pesquisas na área da promoção da saúde e prevenção da doença. Percebemos que as intervenções previstas no Plano Nacional de Saúde Escolar, incidem sobretudo nos ciclos de estudos anteriores e que os estudantes de enfermagem, tal como os outros estudantes do ensino superior, têm sido um público um pouco esquecido ou pelo menos negligenciado na educação para a saúde por parte das equipas de saúde com essas funções, particularmente no que diz respeito ao consumo de substâncias psicoactivas, onde está incluído o tabaco e a consultas de cessação tabágica.

Neste capítulo fazemos a exposição dos resultados do nosso estudo, bem como de alguns temas de interesse para futuras investigações, de sugestões a implementar no futuro para diminuir a prevalência de fumadores a nível das instituições de ensino superior e das limitações que encontramos aquando da sua realização.

Desta forma, podemos referir que no nosso estudo, através da análise descritiva, verificámos que os estudantes apresentam valores médios inferiores ao esperado, sugestivos de baixos índices de depressão, ansiedade e stress; os homens exibem índices mais elevados de depressão e de ansiedade do que as mulheres, mas menores índices de stress, estatisticamente significativo apenas para o stress ($p=0,006$); o valor médio mais alto está no stress, no grupo com idades entre os 21-22 anos e o mais baixo ocorre na dimensão depressão no grupo de ≤ 20 anos; predominam os afetos positivos com valores médios mais elevados do que os afetos negativos; o género não influencia o bem estar subjetivo; os estudantes mais jovens revelam mais afetos positivos; são os estudantes com 23 anos ou mais que ostentam menores índices nos afetos negativos e melhor balanço afetivo; os estudantes na sua maioria tendem para serem extrovertidos e estáveis; o género masculino é mais extrovertido e o feminino mais neurótico; os estudantes com idade até 20 anos revelam-se mais extrovertidos e os estudantes de idade igual ou superior a 23 anos mostram-se mais intro-

vertidos e mais neuróticos; prevalência de 25,2% de fumadores, sendo 24,1% do género feminino e 32,1% do masculino com uma idade média de início do consumo de tabaco de 16,8 anos, com idade mínima de 12 anos máxima aos 23 anos; o género feminino iniciou em média mais cedo o consumo de tabaco, em relação ao masculino; 58,8% respondeu que não se considera dependente do tabaco, sendo que destes 61,1% são do género masculino e 58,3% do feminino; os estudantes não associam o consumo de cigarro a quando falam ao telefone (90,2%) em momentos de tristeza (71,6%), quando se encontram a trabalhar (77,5%) e em momentos de maior alegria (86,3%); mas já o associam ao consumo de bebidas alcoólicas (55,9%), após as refeições (57,8%), após o consumo de café (65,7%) e em situações de ansiedade/stress (72,5%), com maior prevalência entre as mulheres; 43,1% já tentaram deixar de fumar entre uma e três vezes, 39,2% mais de três vezes; 91% recorreram à Consulta de Cessação Tabágica (74,2% do género feminino e 16,9% do género masculino) e apenas 4,5% dos estudantes do género feminino já recorreram a medicamentos; 54,9% convivem com fumadores na sua casa; 67,6% dos inquiridos revelaram que não tinham preocupação em ganhar peso ao deixar de fumar, principalmente os homens (83,3%); a média de dependência à nicotina é mais elevada no género masculino do que no feminino; 85,0% apresentam um nível de dependência à nicotina muito baixo ou baixo e 8,8% elevado; em 44,4% dos fumadores mais precoces (<15 anos) a dependência é muito elevada; 45,0% dos estudantes com idades até aos 20 anos exibem um nível muito baixo de dependência, já os que têm idades superiores a 23 anos, 66,7% apresentam um nível elevado de dependência à nicotina; na coabitação os valores mais baixos de dependência estão nos estudantes que vivem sozinhos.

Pela análise inferencial apurámos que o género não influencia a dependência à nicotina; os níveis mais elevados de dependência verificam-se nos casados/união de facto com significância estatística ($p=0,003$); o estatuto de bolseiro interfere com o consumo de tabaco, denotando-se maiores índices de dependência nos estudantes não bolseiros ($p=0,019$); os resultados indicam que os maiores níveis de dependência se verificam nos estudantes inscritos no 3º ano; os estudantes de baixo peso apresentam menores níveis de dependência.

No que diz respeito às variáveis de contexto psicológicas, verificamos que o stress e a extroversão são as que apresentam maior peso preditivo e consequentemente mostraram-se preditoras para o consumo de tabaco; o stress apresenta uma significância marginal variando em sentido direto e a extroversão é significativa e estabelece uma relação inversa o que nos permite afirmar que os estudantes mais introvertidos e com maiores níveis de stress são os que consomem mais tabaco.

É imprescindível que, diante dos resultados aqui expostos, todos se conscientizem de que são precisas medidas efetivas de prevenção e de controlo do tabagismo nestes futuros técnicos de saúde, nomeadamente pelas instituições de ensino superior, através de alterações nos próprios currículos académicos, de campanhas de sensibilização, de comemoração de dias temáticos e outros. Salientar também a importância de apoio psicológico e até de animação social nestas instituições, direcionados aos estudantes mais introvertidos e mais stressizados identificados neste estudo como sendo os que consomem mais tabaco.

Para estudos futuros, seria interessante relacionar o consumo de tabaco nestes estudantes com as saídas à noite, tentando perceber se se condicionam e em que grau. Seria também estimulante perspetivar se os resultados obtidos se apresentariam semelhantes em estudantes de outras áreas e sem os mesmos conhecimentos em saúde.

Como sugestões ou estratégias para futuras melhorias nesta área para as instituições que formam estes jovens expomos a aposta na prevenção e na dissuasão do uso do tabaco, a elaboração e implementação de programas de treino para eles e para todos os profissionais de saúde, em técnicas de prevenção e de orientação para a cessação do consumo de tabaco. Seria interessante desenvolver uma consulta deste género só para estudantes do ensino superior feitas pelos pares, ou seja, nas escolas de enfermagem os alunos do ano final teriam como projeto o implementar de uma consulta de cessação tabágica, a ter lugar no gabinete do aluno e com resultados devidamente avaliados pela própria instituição.

Referências Bibliográficas

Afonso, F., Pereira, M. (2013). *Preditores da dependência nicotínica e do comportamento planeado para deixar de fumar*. *Análise Psicológica* (2013), 1 (XXXI): 17-29. Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

Alves, E. (2011). *Estilo de vida de estudantes de graduação em enfermagem de uma instituição do sul do Brasil*. *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida - ISSN: 2178-7514 – v.3, n. 1, 2011*

Apóstolo, J., Tanner, B., Arfken, C. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 20(3):[7 telas] maio-jun. 2012. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae.

Barros, A. R.G. (2011). *Marcadores Biológicos de Tabagismo. Determinação de Cutoff Points*. Dissertação de Mestrado em Saúde e Aparelho Respiratório, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Barros, M., Schuck, C., Mana, V., Salicio, M., Shimoya-Bittencourt, W. (2012). *Avaliação da concentração de monóxido de carbono em estudantes universitários da área da saúde*. *J Health Sci. Inst.* 2012; 30(4):399-405

Bessa, L. (2011). *Personalidade e procura de sensações: a sua relação com comportamentos anti-sociais*. Faculdade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto.

Bonito, J. (2010). *Consumo de tabaco entre os estudantes de enfermagem: uma primeira aplicação do Global Health Professional Survey no contexto português*. Universidade da Beira Interior. Acedido em 20.03.2014. Disponível em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/4329>.

Borg, T. (2014, May). *Nova diretiva sobre os produtos do tabaco: um passo importante para a saúde pública europeia*. Boletim informativo Saúde-UE : Newsletter 130. Acedi-

do em 20.06.2014. Disponível em http://ec.europa.eu/geninfo/query/resultaction.jsp?swlang=pt&query_source=PUBLICH EALTH&QueryText=newsletter+130

Cardoso, B., Santos, M., Berardinelli, L. (2009). *A relação estilo de vida e tabagismo entre académicos de enfermagem*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):368-74. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a18.htm>.

Carvalho, H., Andreoli, S.B., Lara, D.R., Patrick, C.J., Quintana, M. I., Bressan, R. A., Melo, M. F., Mari, J.J. Jorge, M.R. (2013). *Structural validity and reliability of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Evidence from a large Brazilian community sample*. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2013;35:169–172. Associação Brasileira de Psiquiatria.

Carvalho, L. (2012). *Comportamento tabágico e atitudes de controlo de tabagismo dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior. Covilhã.

Carvalho, S. (2010). *A personalidade na etiologia e progressão da doença física*. Psicologia.com.pt. Monografia final. Universidade Católica portuguesa. Faculdade de Filosofia de Braga.

Chatkin, R., Chatkin, J. (2007). *Tabagismo e variação ponderal: a fisiopatologia e genética podem explicar esta associação?* Artigo de Revisão. J Bras Pneumol. 2007;33(6):712-719. Faculdade de Medicina, Pós Graduação, Porto Alegre (RS), Brasil.

Coutinho, C. (2011). *Metodologias de investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra. Edições Almedina.

Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016*. Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em números*. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Direção de Serviços de Informação e Análise. ISSN: 2183-0762. Lisboa.

Doval, C. (2013). Cómo llegar al punto final en la epidemia de tabaco ¿Cuál debería ser la estrategia para el control del tabaco? *Revista Argentina de Cardiología*, vol. 81, núm. 5, octubre, 2013, pp. 1-8. Sociedad Argentina de Cardiología. Buenos Aires, Argentina.

Eysenck, H., Eysenck, B. (1968). *Eysenck personality inventory manual*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service. Acedido em 20.06.2014. Disponível em <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/hya78d00/pdf;jsessionid=F460A6EEF8B2248C0AB5BDB3F2AB357C.tobacco03>

Faria, D. (2012). *Estudo Comparativo dos Estilos de Vida dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior no Início e no Final do Curso*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior. Covilhã.

Ferreira, P., Quintal, C., Lopes, I., Taveira, N. (2009). *Dependência tabágica: Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström*. *Dependência Tabágica* vol. 27, nº 2 — JULHO/DEZEMBRO.

Galinha, I., Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica* (2005), 2 (XXIII): 219-227.

Galinha, C., Pereira, R., Esteves, F. (2013). *Confirmatory Factor Analysis and Temporal Invariance of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10503>

Granville-Garcia, A., Sarmiento, D., Santos, J., Pinto, T., Sousa, R., Cavalcanti, A. (2012). *Smoking among undergraduate students in the area of health*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.2, pp. 389-396. ISSN 1413-8123.

Guerra, M., Queirós, C., Torres, S., Vieira, F., Branco, C. & Garret, S. (2008). *O consumo de tabaco numa instituição universitária: Prevalência e características do fumador*. *Análise Psicológica* (2008), 2 (XXVI): 209-226.

Heatheron, T., Kolzowski, L., Frecker, R. & Fagerstrom, K. (1991). *The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire*. *British Journal of Addiction* 86, 1119-1127. Research report.

Loureiro, E., McIntyre, T., Mota-Cardoso, R., Ferreira, M. (2008). *A relação entre o stress e os estilos de vida nos Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto*. *Acta Med Port* 2008; 21: 209-214.

Lovibond, P., Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress Scales (dass) with the beck depression and Anxiety inventories. Pergamon 0005-7967(94)00075-1. *Behav. Res. Ther.* Vol. 33, No. 3, pp. 335-343, 1995. School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, N.S.W. 2052, Australia.

Macedo, M., Precioso, J.. (2004). O papel dos médicos (e outros profissionais de saúde) no controlo da epidemia tabágica e da morbimortalidade a ela associada. *Prevenção do tabagismo*. Vol. 22, n.o 2 — julho/dezembro.

Machado, A., Nicolau, R., Dias, C. (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Departamento de Epidemiologia Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP. Lisboa.

Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (6ª Edição). Editor: ReportNumber. ISBN: 9789899676343.

Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. Editor: ReportNumber. ISBN: 9789899676336.

Marques, E., Corte, A., Videira, L., Bidarra, N. (2011). *Hábitos tabágicos em estudantes do Ensino Superior*. PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.

Martins, M. (2012). *ANTES QUE TE QUEIMES... PÁRA DE FUMAR: Validação de uma intervenção motivacional para a cessação tabágica com estudantes do ensino superior*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Comunitária Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Meneses-Gaya, I., Zuardi, A., Loureiro, S., Crippa, J. (2009). As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. *J Bras Pneumol*. 2009;35(1):73-82. tabagismo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP) Brasil.

Montalvo-Prieto A, Castillo-Ávila I. (2013). Knowledge, attitudes, and practices regarding legal and illegal substances by nursing students from Cartagena (Colombia). *Invest Educ Enferm*. 2013;31(1): 63-69. Universidad de Cartagena, Colombia.

Monteiro, P., Veiga, R., Gonçalves, C. (2009). Previsão de comportamentos de consumo usando a personalidade. *RAE-eletrônica*, v. 8, n. 2, Art. 13, jul./dez. 2009. Brasil. Disponível em <http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=5280&Secao=ARTIGOS&Volume=8&Numero=2&>

Nunes, S., Vargas, H., Nunes, L., Noto, M. (2011). *A Dependência do Tabaco*. Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento [online]. Londrina: EDUEL, 2011. pp. 41-54. ISBN 978-85-7216-675-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>

Pedroso, R., Melo, R., Amado, R., Silva, A., Neves, M., Freitas, H., ... Brito, I. (2012). *Esenfc Promotora da Saúde*. PEER IV Escola de Verão em Educação pelos Pares &

Investigação Acção Participativa em Saúde. Série monográfica Educação e Investigação em saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pestana, M., Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade para SPSS. 6ª edição.* Edições Sílabo. ISBN: 9789726187752.

Pimentel, M., Mata, M., Anes, E. (2013). *Tabaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior.* Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2013, 14 (1), 185-204

Pietrobon, R., Barbisan, J., Manfroi, W. (2007). *Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência.* Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 27 (3):31-6.

Precioso, J., Samarrinha, C., Albuquerque, C., Antunes, H., Bonito, J. Rebelo, L., & Rosas, M. (2009). *Factores de risco e factores protectores relacionados com o consumo de tabaco por sexos.* In BONITO, José (Coord.). Educação para a saúde no século XXI: teorias, modelos e práticas. Évora: Universidade de Évora. Centro de Investigação em Educação e Psicologia, 291-305. ISBN 978-989-95539-3-4.

Reisdorfer, E., Gherardi-Donato E, Moretti-Pires, R. (2013). Significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco por profissionais de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(4):153-160.

Ribeiro, J., Honrado, A., Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).* PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2004, 5 (2), 229-239.

Rocha, Evangelista (2008). *Universidades promotoras de Saúde [2].* Revista Portuguesa de Cardiologia. Lisboa. ISSN 0304-4750. Vol. 27, nº 1 (Jan.), 29-35.

Rondina, R., Gorayeb, R., Botelho, C., Cândido da Silva, A. (2005a). *A relação entre tabagismo e características socio-demográficas em universitário.* Psicologia, Saúde e

Doenças, vol. VI, núm. 1, 2005, pp. 35-45. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

Rondina, R., Gorayeb, R., Botelho, C., Cândido da Silva, A. (2005b). *Um estudo comparativo entre características de personalidade de universitários fumantes, ex-fumantes e não-fumantes*. Rev Psiquiatr RS maio/ago 2005;27(2):140-150.

Rondina, R., Gorayeb, R., Botelho, C. (2007). Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco - Artigo de Revisão. J Bras Pneumol. 2007;33(5):592-601. Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP) Brasil.

Rondina, R., Martins, R., Manzato, A., Terra, A. (2013). *Habilidades sociais e dependência nicotínica em universitários fumantes*. PSICOLOGIA,SAÚDE & DOENÇAS, 2013, 14(1), 232-244. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS - www.sp-ps.com. Universidade Estadual Paulista – UNESP.

Sánchez-Hernández, C., Pillon, S. (2011). *Tabaquismo entre universitários: caracterización del uso en la visión de los estudiantes*. Rev. Latino-Am. Enfermagem Original Article. 2011 May-June;19 Spe No:730-7. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. SP, Brasil. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae.

Santos, D. (2012). *“Razões que condicionam os adultos jovens a iniciar e a manter o consumo do tabaco”*. Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima.

Santos, J. (2004). *Estilo de vida e percepção de qualidade de vida de acadêmicos de ciências tecnológicas: um estudo de caso*. In: Anais do II congresso científico latino-americano da FIEP. Foz do Iguaçu. Anais... Foz de Iguaçu: FIEP, 2004.

Silva, C., Azevedo, M., Dias, M. (1995). *Estudo padronizado do trabalho por turnos: Versão portuguesa do SSI*. Psychologica, 13, 27-36.

Silva, B., Sales, C., França, M., Siqueira, M. (2012). *Uso do tabaco entre estudantes de enfermagem de uma faculdade privada*. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Artigo Original 8(2):64-70 May.-Aug. 2012. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil.

Silva, H. (2011). “*Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto*”. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Porto.

Silva, R., Sousa, P., Nogueira, D., Moreira, D., Chaves, E. (2013). Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Alfenas, MG, Brasil.

Spanou, D. (2012). Dia Mundial Sem Tabaco – Campanha «Os ex-fumadores são imparáveis». Comissão Europeia-Boletim Informativo da União Europeia. Acedido em 20.06.2014. Disponível em http://ec.europa.eu/health/newsletter/91/newsletter_pt.htm

Spielberger, C., Jacobs, G. (1982). *Personality and Smoking behavior*. University of South Flórida. Journal of Personality Assessment, 1982,46,4.

Sychareun V, Hansana V, Choummanivong M, Nathavong, S., Chaleunvong, K, Durham, J. (2013). *Cross-sectional survey: smoking among medical, pharmacy, dental and nursing students*. University of Health Sciences, Lao PDR. BMJ Open 2013;3:e003042 doi:10.1136/bmjopen-2013-003042.

Taliari, J., Faria, G. (2013). *Análise do grau de dependência a nicotina em universitários*. Encontro de Pós-Graduação e Iniciação Científica – Universidade Camilo Castelo Branco. São Paulo.

Watson, D., Clark, L., Tellegen, A. (1988). *Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales*. Journal of Personality and Social Psychology. 1988. Vol. 54. No. 6, 1063-1070. University of Minnesota.

World Health Organization (2013). Press release “*One third of world’s population benefits from effective tobacco control measure – Population covered by ban tobacco advertising has double.*”. Acedido em 02.07.2014. Disponível em http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/ban_tobacco_20130710/en/

Zanon, C., Bastianello, M., Pacico, J., Hutz, C. (2013). *Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 18, n. 2, p. 193-202, maio/agosto 2013 193.* Disponível em www.scielo.br.

Anexos

Anexo 1: Questionário Sociodemográfico e acadêmico

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

IIº Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

PROTOCOLO

Este protocolo de instrumentos de avaliação destina-se a colher dados sobre alguns fatores de risco, tais como, o comportamento alimentar não saudável, a inatividade física, o stress, o tabagismo e maus hábitos de sono e a sua relação com o tipo de personalidade, nos estudantes de enfermagem, para um estudo descritivo correlacional, no âmbito de um projeto de investigação no contexto do 2º curso de mestrado em Enfermagem Comunitária, que estamos a desenvolver sob orientação dos Professores Cláudia Chaves e João Duarte sobre a “Avaliação de Fatores de risco em estudantes de enfermagem”. Para tal, solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

O mesmo é constituído por questões fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada por cada estudante.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

A equipa de investigação

I PARTE

- 1 – Idade ___ anos 2 – Sexo: Masculino Feminino
- 3 – Estado civil: Solteiro Casado Divorciado
 União de facto Outro. Qual? _____
- 4 – Onde vive atualmente? Aldeia Vila Cidade
- 5 – Com quem vive durante período letivo?
 Sozinho Pai/Mãe/Irmãos e Outros familiares
 Amigos/colegas Irmãos
 Residência estudantil Marido/Esposa/Companheiro(a)
e Outros familiares
- 6 – Ano que está inscrito:
 1º ano 2º ano 3º ano 4º ano Pós-graduação/
Mestrado
- 7 – Quais as habilitações literárias dos seus Pais? (assinala a mais elevada)
- | | Pai | Mãe | Pai | Mãe |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Analfabeto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bacharelato | <input type="checkbox"/> |
| 4ª Classe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| 6º ano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mestrado | <input type="checkbox"/> |
| 9º ano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Doutoramento | <input type="checkbox"/> |
| 11º ou 12º ano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
- 8 – Profissão do Pai: _____ 9 – Profissão da Mãe:

- 10 – Quantos irmãos tem? _____
- 11 – Tem alguma atividade remunerada? Não Sim
- 12 – Como se desloca para a escola? A pé Carro Trans-
portes públicos Outro. Qual? _____
- 13 – Tempo de deslocação entre casa/escola ___ minutos
- 15- Peso atual: _____ kg
- 14 – É bolseiro? Não Sim
- 16 – Altura: _____ cm

**Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de
Viseu**



PARECER

Nº 1/2014

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "PERSONALIDADE VERSUS FATORES DE RISCO NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM"

Tendo as estudantes Ana Cláudia Santos, Ana Gabriela Saraiva; Carla Cristina Nunes, Liliana Filipa Martins e Madalena Fátima Silva, sob a orientação da Profª Doutora Cláudia Chaves e Profª Doutor João Duarte solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Relatório Final do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, incluindo como participantes os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSV e outras Escolas Superiores que aceitem participar no estudo, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as de contexto psicológico, na qualidade do sono, no comportamento alimentar, no exercício físico, nos níveis de *stress*, ansiedade e depressão, e nos hábitos tabágicos dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem;
- Considerando que o estudo se reverte em benefícios por constituir uma oportunidade para identificar os factores de risco de saúde dos estudantes e propor estratégias no sentido de proporcionar um ambiente académico mais saudável, favorecedor de melhores níveis de qualidade de vida e de mais elevados níveis de desempenho; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado à instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos estudantes e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação e administração dos questionários;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 18 de fevereiro de 2014

Encarregada da Comissão de Ética
A presidente da CE da ESSV

Resposta
[Assinatura]
15.2.2014

[Assinatura]

Anexo 3: Escala de Ansiedade Depressão e Stress de 21 itens

ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E STRESS DE 21 ITENS DE LOVIBOND E LOVIBOND

Adaptada por Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (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. Se se enganar, por favor, selecione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

- 0 – Não se aplicou nada a mim
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldade 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	0	1	2	3

	fazer figura ridícula				
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 demasiado melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que 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

Anexo 4: Positive and Negative Affect Shedule (PANAS)

POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE (PANAS)

Adaptada por Pais Ribeiro, 2005

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e assinale a resposta adequada. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante a última semana. Não há afirmações corretas ou erradas e todas elas deverão ser assinaladas em apenas um único número. Se se enganar, por favor, selecione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

- 1 – Nada ou muito ligeiramente
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Bastante
- 5 - Extremamente

1	Interessado	1	2	3	4	5			
2	Perturbado	1	2	3	4	5			
3	Excitado	1	2	3	4	5			
4	Atormentado	1	2	3	4	5			
5	Agradavelmente surpreendido				1	2	3	4	5
6	Culpado	1	2	3	4	5			
7	Assustado	1	2	3	4	5			
8	Caloroso	1	2	3	4	5			
9	Repulsa	1	2	3	4	5			
10	Entusiasmado	1	2	3	4	5			
11	Orgulhoso	1	2	3	4	5			
12	Irritado	1	2	3	4	5			
13	Encantado	1	2	3	4	5			
14	Remorsos	1	2	3	4	5			
15	Inspirado	1	2	3	4	5			
16	Nervoso	1	2	3	4	5			

17	Determinado	1	2	3	4	5
18	Trémulo	1	2	3	4	5
19	Ativo	1	2	3	4	5
20	Amedrontado	1	2	3	4	5

Anexo 5: Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina

Teste De Fagerström para a Dependência à Nicotina

Ferreira, P., Quintal, C., Lopes, I., Taveira, N. (2009)

O Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina tem uma utilização generalizada como medida da dependência tabágica e é utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação, em substituição a outros testes bem mais caros, que consomem mais tempo e são invasivos.

Por favor, leia a pergunta e escolha a opção que mais estiver de acordo consigo.

1. Quanto tempo após acordar fuma o seu primeiro cigarro?

1-	Dentro de 5 minutos	3
2-	Entre 6-30 minutos	2
3-	Entre 31-60 minutos	1
4-	Após 60 minutos	0
5-	Não fuma	

2. Acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, autocarros, etc.?

1-	Sim	1
2-	Não	0

3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

1-	O primeiro da manhã	1
2-	Outros	0
3-	Nenhum	

4. Quantos cigarros fuma por dia?

1-	Menos de 10	0
2-	De 11 a 20	1
3-	De 21 a 30	2
4-	Mais de 31	3
5-	Não fuma	

5. Fuma mais frequentemente pela manhã?

1-	Sim	1
2-	Não	0

6. Fuma mesmo doente?

1-	Sim	1
2-	Não	0

Conclusão sobre o grau de dependência:

- 0 - 2 pontos = muito baixo
- 3 - 4 pontos = baixo
- 5 pontos = médio
- 6 -7 pontos = elevado
- 8 -10 pontos = muito elevado

Anexo 6: Inventário de Personalidade de Eysenck (versão curta)

INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE DE EYSENCK (versão curta)

As perguntas a seguir dizem respeito ao modo como reage, sente e atua. Para cada uma das questões procure indicar qual das respostas representa a sua maneira atual de agir ou sentir, selecionando o algarismo que melhor descreve o seu caso. Não há respostas certas ou erradas: o que nos interessa é a sua reação imediata a cada uma das perguntas. **Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.**

A classificação é a seguinte:

1 – Não se aplica quase nunca a mim

2 – Aplica-se a mim poucas vezes

3 – Aplica-se a mim muitas vezes

4 – Aplica-se a mim quase sempre

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
a) Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1	2	3	4
b) O seu humor tem altos e baixos?	1	2	3	4
c) É uma pessoa cheia de vida?	1	2	3	4
d) Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1	2	3	4
e) Gosta de se misturar com as pessoas?	1	2	3	4
f) Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	1	2	3	4
g) Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	1	2	3	4
h) É perturbado por sentimentos de culpa?	1	2	3	4

- | | | | | |
|----------------------------------------------------|---|---|---|---|
| i) Vai e diverte-se muito numa festa animada? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j) Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| k) Gosta de pregar partidas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| l) Sofre de insónia? | 1 | 2 | 3 | 4 |