

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Perfil de ansiedade em estudantes universitários
de cursos da área da saúde**

Rômulo Moreira dos Santos

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões

Campina Grande – PB

2014

Perfil de ansiedade em estudantes universitários de cursos da área da saúde

Rômulo Moreira dos Santos

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões

Campina Grande – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S237p Santos, Rômulo Moreira dos.
Perfil de ansiedade em Estudantes Universitários de cursos da
área da saúde [manuscrito] / Rômulo Moreira dos Santos. - 2014.
84 p. : il.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade
Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública".

1. Ansiedade. 2. Uso de medicamentos. 3. Saúde mental. 4.
Estudantes universitários. | I. Título.

21. ed. CDD 152.46

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome do candidato: Rômulo Moreira dos Santos.

Título da dissertação: Perfil de ansiedade em estudantes universitários de cursos da área da saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

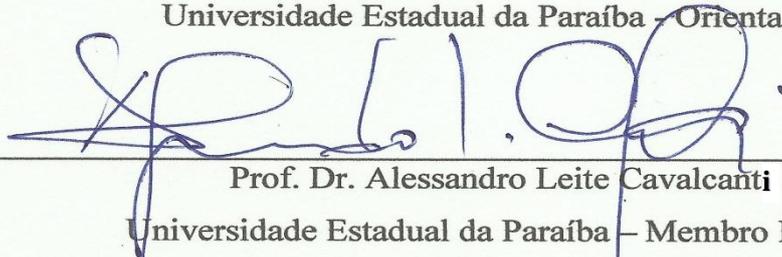
Aprovado em: 30/03/2024

Banca Examinadora



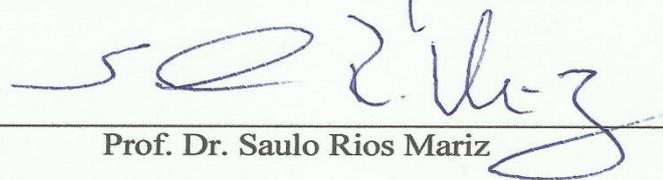
Prof. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões

Universidade Estadual da Paraíba – Orientadora



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Universidade Estadual da Paraíba – Membro Interno



Prof. Dr. Saulo Rios Mariz

Universidade Federal de Campina Grande – Membro Externo

*À minha tia Clívia, que nunca mediu
esforços para ajudar na minha formação
profissional e acadêmica.*

AGRADECIMENTOS

Desde o levantar até o deitar, agradecer sempre a Deus, Senhor de todas as coisas, razão pela qual existo. Assim, “Eu Te agradeço, Deus, por se lembrar de mim e pelo Teu favor,
E o que me faz crescer”.

Aos meus pais, José Antonio e Walkyria, que a mim outorgam um amor incondicional, sempre presentes, educando-me para a maior das universidades: a vida.

À minha irmã, Raquel, que sempre esteve de prontidão à minha defesa e que me acompanha desde o nascimento, também ajudando no meu amadurecimento e aprendendo junto comigo.

À João, meu sobrinho, que me ensina as primeiras lições de como ser responsável por outra vida.

À Neiva, presente maior desse mestrado, meu apoio e incentivo de todas as horas. Mulher que aprendeu a me amar, com a qual formarei aliança de vida.

À vó Lucy, sempre orando pela minha vida e por minhas conquistas.

À Mônica, por ter aceitado a orientação, pelos conselhos e incentivo ao meu crescimento acadêmico.

À todas as professoras com as quais aprendi a importância de ser pesquisador e de construir relações de amizade nesse meio tão competitivo:
Ivana, Lindomar e Fátima.

Às minhas queridas amigas, Jeane, Rossana e Adriana. Sempre na torcida e prontidão para ajudar quando necessário.

À Nathaly, auxílio amigo que surgiu em meio às dificuldades.

Aos professores da Universidade Estadual da Paraíba e Faculdade Maurício de Nassau, que facilitaram o acesso aos alunos durante o período de coleta de dados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)
pela bolsa de mestrado.

No mais, muito obrigado a todos!

*“Não andeis ansiosos pela vossa vida, quanto ao que haveis de comer ou beber;
nem pelo vosso corpo, quanto ao que haveis de vestir.*

Não é a vida mais do que o alimento, e o corpo, mais do que as vestes?”

(Mateus 6:25)

RESUMO

OBJETIVO: Verificar a prevalência de universitários da saúde com perfil de ansiedade, assim como o uso de medicamentos, em instituições de ensino superior pública e privada, verificando possíveis correlações com dados sociodemográficos e hábitos de vida.

MÉTODO: Estudo transversal, realizado em uma universidade pública e uma privada do Município de Campina Grande-PB, de outubro de 2013 a fevereiro de 2014, com 428 universitários. Aplicou-se o *Beck Anxiety Inventory* na versão validada para o português e um questionário contendo informações acadêmicas, sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e uso de medicamentos. O tratamento estatístico foi realizado empregando o *Statistical Package for The Social Sciences* na versão 18, através dos testes Qui Quadrado, Regressão Linear Simples, Regressão Linear Multivariada e Análise de Variância, com intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS: O perfil ansioso foi relacionado com significância às variáveis Sexo ($p=0,02$), Cor ($p=0,04$), Estado civil ($p=0,02$), Qualidade do sono ($p<0,01$) e Etilismo ($p<0,01$). Todas as relações estabelecidas nas regressões foram significantes e o grupo de maior escore de ansiedade foi o dos tabagistas ($21,75\pm 15,84$). Os benzodiazepínicos (76,2%) foram os ansiolíticos mais relatados e se observou alta prevalência de automedicação (47,4%).

CONCLUSÕES: Mesmo sendo profissionais de saúde em formação, o uso irracional de medicamentos foi elevado e é sugestiva a criação de políticas para atenção à saúde mental dos universitários, visando a melhoria da qualidade de vida nas universidades.

Palavras-chave: Ansiedade. Uso de medicamentos. Estudantes de ciências da saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence of courses health students with an anxiety profile, as well as the drug use in public and private higher education institutions, checking possible correlations with sociodemographic and lifestyle habits.

METHODS: Cross-sectional study conducted at a public university and a private one of Municipality of Campina Grande-PB, from October 2013 to February 2014. Were used the Beck Anxiety Inventory validated for the portuguese version and a questionnaire containing academic information, sociodemographic, health status, lifestyle and medication use. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences version 18, employing the Chi Square Test, Simple Linear Regression and Multivariate and Analysis of Variance, with a confidence interval of 95%.

RESULTS: The anxious profile was statistically significant when associated with the variables sex ($p=0.02$), color ($p=0.04$), marital status ($p=0.02$), quality of sleep ($p<0.01$) and alcohol consumption ($p<0.01$). All relationships established in the regressions were significant and the group with higher anxiety score was the smokers (21.75 ± 15.84). Benzodiazepines (76.2%) were the most reported anxiolytic and high prevalence of self-medication (47.4%) was observed.

CONCLUSIONS: Although health professionals in training, the irrational use of drugs was high and is suggestive the creation of policies for the mental health of college students, in order to improve the quality of life in universities.

Keywords: Anxiety. Drug use. Students, Health Occupations.

INDICE

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. DEFINIÇÕES DE ANSIEDADE, CLASSIFICAÇÕES E EPIDEMIOLOGIA	14
1.2. TEORIAS DA GÊNESE DA ANSIEDADE	15
1.3. ANSIEDADE E ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS	16
1.4. RELAÇÃO DA ANSIEDADE E OUTRAS MORBIDADES	17
1.5. TRIAGEM E TRATAMENTOS PARA ANSIEDADE.....	18
1.6. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS, USO RACIONAL E FARMACOVIGILÂNCIA	21
2. OBJETIVOS	23
2.1. OBJETIVO GERAL	23
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. MATERIAL E MÉTODOS	24
3.1. DELINEAMENTO, LOCAL E DURAÇÃO DO ESTUDO	24
3.2. POPULAÇÃO	24
3.3. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	26
3.4. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	28
3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
4. RESULTADOS	29
4.1. ARTIGO 1	30
4.2. ARTIGO 2.....	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
6. REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICES.....	75
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO.....	77
ANEXOS.....	79
ANEXO I – <i>BECK ANXIETY INVENTORY</i> (BAI).....	80
ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	81
ANEXO III – TERMO INSTITUCIONAL UEPB	82
ANEXO IV – TERMO INSTITUCIONAL FMN	83
ANEXO V – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1.....	84

LISTA DE QUADROS E TABELAS

		Página
Quadro I	Teorias biológicas para os transtornos de ansiedade e respectivas características principais.	15
Artigo 1	Perfil de ansiedade em universitários concluintes de cursos de saúde	
Tabela 1	Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas e de hábitos de vida dos 135 universitários, com valores dos IC% e de p para o Teste Qui Quadrado.	37
Tabela 2	Regressão Linear Simples das correlações entre a pontuação do Escore do BAI e variáveis independentes, considerando os 135 participantes.	38
Tabela 3	Análise de variância entre o escore de classificação do BAI e variáveis independentes, com valores médios, desvio padrão e IC% para médias, considerando os 135 participantes.	39
Artigo 2	Ansiedade e uso de medicamentos por universitários de instituições pública e privada	
Tabela 1	Frequências das variáveis sociodemográficas e de hábitos de vida dos 428 universitários, com valores dos IC% e de p para o Teste Qui Quadrado.	56
Tabela 2	Regressão Linear Simples das correlações entre a classificação do escore do BAI e variáveis independentes, considerando os 428 universitários.	57
Tabela 3	Regressão linear múltipla entre a classificação do escore do BAI e variáveis independentes, considerando os 428 universitários.	58
Tabela 4	Comparação de médias do escore BAI entre as variáveis independentes, com valores médios, desvio padrão e IC% para médias, considerando os 428 participantes.	61
Tabela 5	Uso de medicamentos e acompanhamento psicoterapêutico entre os universitários das IES pública e privada, considerando N=428.	62

LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura 1	Número de matriculados, participantes e perdas por curso.	27
Artigo 1	Perfil de ansiedade em universitários concluintes de cursos de saúde	
Figura 1	Distribuição dos alunos por curso, estratificados por sexo. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.	35
Artigo 2	Ansiedade e uso de medicamentos por universitários de instituições pública e privada	
Figura 1	Classificação do escore do <i>Beck Anxiety Inventory</i> agrupada por curso. – <i>Rate the Beck Anxiety Inventory scores grouped by course.</i>	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDZ	Benzodiazepínicos
CID	Classificação Internacional de Doenças
DW	<i>Durbin Watson</i>
EUM	Estudo da Utilização de Medicamentos
FMN	Faculdade Maurício de Nassau
FVG	Farmacovigilância
GABA	<i>Gamma-Aminobutyric Acid</i>
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde/world Health Organization
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RLM	Regressão Linear Múltipla
RLS	Regressão Linear Simples
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
URM	Uso Racional de Medicamentos

1. INTRODUÇÃO

Data do século XIX as primeiras descrições da ansiedade como uma disfunção da atividade mental, sendo definida como reações fisiológicas e síndrome de cunho emocional. Por volta dos anos 50 do século passado foram descritos sintomas do que hoje seria classificado como síndrome do pânico e, na década de 1880, sintomas relacionados ao transtorno obsessivo-compulsivo.⁽¹⁾

Uma classificação mais sistemática dos transtornos de ansiedade veio com os estudos de Sigmund Freud, apresentando os sintomas relacionados à crise aguda de angústia (ataque de pânico), neurose de angústia (transtorno de pânico) e expectativa ansiosa (transtorno de ansiedade generalizada).⁽²⁾

A Classificação Internacional de Doenças (CID), em 1948, com a publicação da sexta edição trouxe uma seção sobre os transtornos mentais, que foi julgada insuficiente pela Associação Americana de Psiquiatria, a qual publica a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) em 1952.⁽²⁾

O Brasil participou do estudo multicêntrico “Pesquisa Mundial sobre Saúde Mental”, com objetivo de conhecer o perfil epidemiológico das populações sobre a dependência de substâncias e distúrbios de comportamento. Foram levantadas informações da Região Metropolitana de São Paulo, contando com cerca de 5000 entrevistados, dos quais mais de 40% apresentaram algum evento de transtorno mental, sendo os transtornos de ansiedade a classe mais prevalente das doenças com cerca de 30%.⁽³⁾

Estudos relacionados aos transtornos mentais são conduzidos há várias décadas, no entanto, com relação aos transtornos de ansiedade, as pesquisas são pontuais e poucas de base populacional. O presente estudo traz o levantamento de informações sobre o perfil de ansiedade e uso medicamentos por estudantes universitários, grupo populacional que não possui política de cuidados à saúde mental específica. Ainda, visa verificar se algum curso propicia um ambiente mais ansiogênico, dentre os cursos selecionados, e se o perfil ansioso associa-se a alguma das variáveis estudadas.

A pesquisa envolve universitários de cursos da área da saúde, diferenciando-se das demais por não abordar apenas cursos isolados, possibilitando as comparações entre as diferentes graduações em saúde disponíveis no Município de Campina Grande, importante centro universitário do Nordeste do Brasil, além de observar possíveis diferenças entre os alunos de instituições de ensino superior pública e privada.

1.1. DEFINIÇÕES DE ANSIEDADE, CLASSIFICAÇÕES E EPIDEMIOLOGIA

A ansiedade pode ser definida como um estado adaptativo frente a situações de estresse, momentos de perigo real ou imaginário, podendo ser dividida em ansiedade estado e ansiedade traço; a primeira refere-se a estados passageiros, transitórios e, a segunda, a características mais estáveis, relacionadas a indivíduos mais reativos. No entanto, para alguns autores, a ansiedade ainda é considerada um construto unidimensional, ou seja, um conceito teórico não observável e indivisível.⁽⁴⁾

Para Dractu e Lader,⁽⁵⁾ a ansiedade é uma experiência humana funcional de interação com o meio ambiente que, quando persistente, surgem os sintomas do estresse ou desencadeia algum distúrbio psiquiátrico.

Semelhantemente, Braga *et al.*⁽⁶⁾ consideraram a ansiedade normal quando ela se manifesta frente as respostas adaptativas do organismo, propulsora do desempenho e a caracterizaram como patológica quando a intensidade ou a frequência não correspondem aos motivos que a desencadeia, ou se não há motivo aparente. A partir do momento em que a ansiedade traz sofrimento e prejuízos frente ao comportamento de fuga e esquivo de situações importantes da vida acadêmica, social e profissional do indivíduo a patologia é definida.⁽⁷⁾

De acordo com a *American Psychiatric Association*,⁽⁸⁾ no *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, os transtornos de ansiedade estão agrupados em: Transtorno de ansiedade generalizada (TAG), Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), Transtorno de pânico e Agorafobia, Transtorno de ansiedade social, Fobia específica, Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e Transtorno de Estresse Agudo.

A palavra ansiedade se origina do grego *anshein*, que significa estrangular, sufocar, oprimir. Fazendo uma correlação à angústia, seria oriunda do latim *angor*, traduzido como falta de ar e opressão. Daí um dos sintomas mais marcantes dos processos ansiosos: a dificuldade de respirar.⁽⁹⁾ Outros sintomas relacionados são dores no peito, palpitações, distúrbios do sono, xerostomia, tensão muscular, fadiga, inquietação e dificuldade de concentração⁽⁴⁾.

Essa morbidade vem aumentando expressivamente na população humana desde o último século, associado às profundas transformações ocorridas no âmbito econômico, social e cultural. Tais mudanças acabaram por exigir que as populações se adaptassem a um novo ritmo de vida, tornando o século XX conhecido como a era da ansiedade.⁽¹⁰⁾

Desde então, a ansiedade tem sido estudada e relacionada às situações vivenciadas pelos indivíduos em seu cotidiano e às exigências decorrentes dela, como o processo de ingressar em instituições de ensino superior.^(11,12)

Tais investigações apresentam-se de extrema importância e relevância nos meios científicos e assistenciais, já que a presença e intensidade dos sinais e sintomas de ansiedade podem trazer consequências prejudiciais para as condições de vida e de saúde da população em geral, uma vez que níveis elevados de ansiedade podem provocar percepções negativas quanto às habilidades motoras e intelectuais do indivíduo. Isso, por sua vez, interfere na atenção seletiva e na codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio.⁽¹³⁾

1.2. TEORIAS DA GÊNESE DA ANSIEDADE

Algumas teorias biológicas tentam explicar a gênese dos transtornos de ansiedade através dos neurotransmissores, que causariam as alterações nos Sistema Nervoso Central (SNC) e Autônomo. Os comportamentos defensivos são as reações à perigos presentes ou potenciais, sendo modelados pela seleção natural, passíveis de modificação para que atuem somente quando forem úteis. Neste contexto, tem sido sugerido que transtornos de ansiedade são causados por uma detecção falha e conseqüentemente pela expressão inadequada desses comportamentos.⁽¹⁴⁾

Os sistemas neurotransmissores envolvidos seriam o noradrenérgico, serotoninérgico e gabaérgico, já que as zonas implicadas são o tronco cefálico, formado pelo bulbo, ponte e mesencéfalo (*locus ceruleus*, núcleo de rafe), sistema límbico e córtex pré-frontal. Poucos estudos relacionam a influência dopaminérgica aos processos ansiosos.^(15,16) No Quadro I estão relacionadas algumas teorias bioquímicas da etiologia da ansiedade.

Quadro I. Teorias biológicas para os transtornos de ansiedade e respectivas características principais^(15,16)

Teoria das catecolaminas	Descarga massiva do sistema nervoso b-adrenérgico
Teoria do locus ceruleus	Aumento da descarga noradrenérgica no SNC
Teoria metabólica	Mudanças metabólicas induzidas pelo lactato
Teoria gabaérgica	Dessensibilização dos receptores gabaérgicos
Teoria do falso alarme de asfixia	Hipersensibilidade dos receptores de CO ₂ no troncoencefalo

A noradrenalina é uma amina, do grupo das catecolaminas, envolvida nos processos cognitivos, especialmente os relacionados à atenção e excitação, como déficit de atenção, às variações de humor e à ansiedade, bem como está relacionada a determinados quadros depressivos. É formada a partir do aminoácido tirosina e dá origem a adrenalina. Suas principais funções envolve o sistema cardiovascular, atuando como agente hipertensor e agonista de receptores alfa-adrenérgicos.^(17,18)

A serotonina ou 5-hidroxitriptamina é sintetizada a partir do precursor L-triptofano, o qual sofre hidroxilação pela triptofano hidroxilase, convertendo-se a 5-hidroxitriptofano, que em seguida é descarboxilado pela 5-hidroxitriptofano descarboxilase, chegando a 5-hidroxitriptamina. É encontrada geralmente no SNC (tronco cerebral, mesencéfalo, núcleos talâmicos, hipotálamo), trato gastrointestinal (células enterocromafins da mucosa) e, em menor concentração, nas plaquetas sanguíneas.⁽¹⁷⁾

A serotonina relaciona-se com a diminuição da latência para o sono, diminuição do apetite, bem como com vários aspectos comportamentais, provocando alterações no humor, emoções e ansiedade. Seu déficit pode causar depressão, desordens compulsivas e comportamento agressivo. A principal via de degradação da serotonina é catalisada pela monoaminoxidase (MAO), que ao desaminar oxidativamente a serotonina, forma o seu produto de excreção, o ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA).⁽¹⁷⁾

O Ácido Gama-aminobutírico ou GABA (*Gamma Amino Butyric Acid*) é o principal neurotransmissor inibitório do SNC dos mamíferos, causando sedação. Os sítios de ação dos benzodiazepínicos estão presentes nos mesmos receptores desse ácido e promovem uma resposta potencializadora dos efeitos do GABA. O ácido é obtido a partir da forma ativa da vitamina B6 (piridoxal fosfato) e do glutamato, principal neurotransmissor excitatório do SNC.⁽¹⁸⁾

1.3. ANSIEDADE E ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

O período de ingresso, como estudante, em instituições de ensino superior, geralmente, é uma fase de transformações maturacionais fisiológicas, neurológicas e psicológicas, decorrentes da passagem da adolescência para a fase adulta, onde os jovens vivenciam um período de crise, pela exigência em se adaptar ao novo papel social.⁽¹⁹⁾ Na faculdade, os estudantes são submetidos a uma grande carga de estresse, devido a longas horas de estudo e cobranças pessoais de professores e familiares.⁽²⁰⁾

Semelhantemente, Jadoon *et al.*⁽⁹⁾ relataram que à vida acadêmica em cursos de saúde é estressante devido às exigências feitas ao longo da formação, as atividades e avaliações, aumento da pressão psicológica, tensão, cansaço mental e expectativa com o mercado de trabalho.

As exigências financeiras e sociais que o ambiente universitário impõe também são relacionadas ao aumento das taxas de morbidade psicológica, sendo detectadas por vários instrumentos. Somado a essas características, há ainda a influência da sociedade, que gera uma enorme pressão no indivíduo, mediante exigências exacerbadas, padrões socioeconômicos ditados e determinações as quais todos devem se enquadrar.⁽²¹⁾

Perfis ansiosos são encontrados, principalmente, frente a apresentações orais, observando uma oscilação comportamental de estudantes antes, durante e depois destas exposições, sendo os sentimentos e estados de felicidade, ansiedade e interesse os mais prevalentes.⁽²²⁾

Segundo Cerchiari, Caetano e Faccenda,⁽²³⁾ algum transtorno psicológico ocorre entre 14% a 19% de estudantes durante a vida acadêmica e que apenas um quarto procura ajuda profissional. Em triagem de níveis de ansiedade junto a estudantes de enfermagem,⁽²⁴⁾ foram encontrados 43,66% de universitários com nível alto de ansiedade e 36,62% com níveis moderados.

Em função de sub-diagnósticos e até da baixa procura por tratamento, indivíduos com algum transtorno de ansiedade frequentemente perdem oportunidades de crescimento pessoal e profissional, desenvolvendo auto-avaliação negativa e se isolando ainda mais da participação na sociedade.⁽²⁵⁾

1.4. RELAÇÃO DA ANSIEDADE E OUTRAS MORBIDADES

Como problema de saúde pública, os transtornos de ansiedade além de gerarem ônus com os tratamentos, muitas vezes prolongados, são fatores predisponentes ao surgimento de outras comorbidades e situações, como a hipertensão, diabetes e casos de suicídio.⁽²¹⁾

Episódios de compulsão alimentar e obesidade foram associados a mulheres que apresentavam estados ansiosos mais marcantes. O estudo foi realizado com 113 mulheres e o instrumento para determinação da ansiedade foi o Inventário de Ansiedade de Beck.⁽²⁶⁾

Em estudo realizado com 914 adultos sem diabetes, o metabolismo da glicose foi caracterizado por glicemia de jejum, dosagem de insulina e cálculo do *Homeostasis Model Assessment* (HOMA-IR) para resistência insulínica. Como parte das conclusões, os autores relataram uma relação entre o aumento de níveis glicêmicos em mulheres com a ansiedade, o que poderia estar relacionado também a fatores de descompensação para portadores de diabetes tipo 2.⁽²⁷⁾

Já em um levantamento sobre a relação entre sintomas de ansiedade e doenças cardiovasculares durante hospitalizações, não foi obtida significância nesta correlação.⁽²⁸⁾ Sardinha *et al.*⁽²⁹⁾ afirmaram que apesar de pacientes com transtornos de ansiedade apresentarem redução na variabilidade cardíaca e a associação entre ansiedade e doenças cardiovasculares estarem bastante estabelecidas, mais estudos são necessários.

Em levantamento realizado junto a estudantes de odontologia do quinto ao nono período, os indivíduos que apresentaram ansiedade em níveis leve, moderado e grave, aplicando-se a escala de ansiedade de Beck, possuíam uma razão de chances quatro vezes maior de apresentarem bruxismo.⁽³⁰⁾

Bastante relacionada aos transtornos de ansiedade está a insônia. Tomando o sono como uma condição fisiológica de atividade cerebral, natural e periódica, caracterizada por modificação do estado de consciência, redução da sensibilidade aos estímulos ambientais, acompanhados por características motoras e posturais próprias, além de alterações autônomas e que é através dele que o organismo “renova as energias”.⁽³¹⁾ Um sono de má qualidade pode levar, além de estados ansiosos, a cansaço, perda da concentração, fadiga, aumento da sensibilidade à dor, nervosismo, ideias irracionais, alucinações, perda de apetite, constipação e maior propensão a acidentes.⁽³²⁾

1.5. TRIAGEM E TRATAMENTOS PARA ANSIEDADE

As triagens mais empregadas nas últimas décadas para o diagnóstico e detecção de traços de ansiedade são: *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A), *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Brief Psychiatric Research Scale* (BPRS), *Zung Self-Rating Anxiety Scale* e *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI).^(33,34,35)

Este último, apesar de bastante empregado em estudos científicos, em 2003, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), classifica o inventário como um “teste psicológico

sem condições de uso”, por não atender a requisitos mínimos da Resolução nº 002/2003 do CFP.⁽³⁶⁾

No estudo em questão, será empregado o BAI, desenvolvido para avaliar o rigor dos sintomas da ansiedade, através de 21 perguntas que se referem a características somáticas, afetivas e cognitivas oriundas da ansiedade e não de estado depressivo.⁽³⁷⁾

Uma pontuação elevada por si só não determina que um paciente tenha um transtorno de ansiedade, mas indica que uma avaliação mais detalhada deve ser realizada. Outros aspectos do funcionamento psicológico exibidos pelo paciente devem ser considerados como, por exemplo, qualquer comorbidade e sintomas de depressão.⁽³⁸⁾

O tratamento dos sintomas de ansiedade é feito através de psicoterapia ou cognitivo-comportamental e, quase sempre, são empregados também medicamentos ou remédios com propriedades ansiolíticas. Os resultados da psicoterapia são relativamente mais lentos, já que é necessário diagnosticar as possíveis causas que levam ao estado ansioso e adequar a terapia para cada tipo de transtorno.^(39,40)

As classes de medicamentos que podem ser empregadas no tratamento da ansiedade são os benzodiazepínicos (BZD), Inibidores da Recaptação Seletiva de Serotonina (IRSS), Inibidores da Monoaminaoxidase (IMAO) e Antidepressivos Tricíclicos. No entanto, por apresentarem melhor segurança e eficácia, os BDZ e IRSS são os mais indicados.⁽⁴¹⁾

O uso de substâncias hipnóticas e sedativas vem desde a antiguidade com as misturas de bebidas alcoólicas e ervas, passando pelo advento dos barbituratos, hoje já em desuso e, por volta de 1960, iniciou-se uma comercialização desenfreada de BZD. Não é por menos que esse grupo de fármacos figura entre os três mais vendidos em todo o Brasil.⁽⁴²⁾

Os BZD são drogas ansiolíticas por promoverem um aumento da afinidade do GABA a seus receptores, mais precisamente os da classe GABA_α, que agem como canais de íons cloreto (Cl⁻), elevando o influxo destes hiperpolarizando os neurônios, levando ao quadro de depressão do SNC, diminuindo, assim, os sintomas do estado ansioso.⁽⁴³⁾

Inicialmente foi constatado que os BDZ apresentavam boa eficácia e baixos riscos de intoxicação e potencial de reforço. Com o passar dos anos e novos estudos, observaram-se os primeiros casos de uso abusivo e surgimento de tolerância e síndrome de abstinência. O uso de BZD por períodos maiores que 6 semanas, possivelmente favorece o surgimento de tolerância, podendo gerar também o efeito rebote se descontinuados de maneira abrupta.^(43,44,45)

Em perfil epidemiológico das intoxicações medicamentosas registradas pelo Centro de Assistência e Informação Toxicológica (Ceatox) de Campina Grande, referente ao período de

2005 a 2007, obteve-se que os neuropsicofármacos foram a causa mais frequente de intoxicação, dentre os quais o clonazepam e o diazepam figuravam entre os mais prevalentes princípios ativos associados ao problema.⁽⁴⁶⁾

Os IRSS vem sendo empregados desde 1990 e são uma das classes de primeira escolha para o tratamento da depressão e alguns transtornos de ansiedade, apresentando boa tolerância e baixa incidência de reações adversas aos medicamentos (RAM). Eles inibem a receptação da serotonina da fenda sináptica de volta para os botões pré-sinápticos, aumentando o tempo de contato com os receptores, prolongando as respostas que levam a sensação de bem estar.^(43,45)

Há ainda, algumas terapias alternativas para o tratamento da ansiedade, como a utilização de agentes betabloqueadores e terapias complementares e integrativas como a acupuntura e homeopatia. Em estudo duplo-cego, foi encontrado que o grupo usuário de florais obteve uma redução maior de ansiedade e estatisticamente significativa do que o grupo que não fez uso dos homeopáticos.⁽⁴⁷⁾

A Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopáticos considera essência floral como um suplemento integrativo para a saúde, elaborado a partir de flores e outras partes de vegetais, minerais e radiações de ambientes, obtidas pelo método de extração solar, ambiental ou decoctiva, seguida de diluição. Terapia floral faz parte de um campo emergente de terapias vibracionais, de características não invasivas. As essências florais, feitas a partir de plantas silvestres, flores e árvores do campo, tratam as desordens da personalidade e não das condições físicas. Elas têm o propósito de harmonizar o corpo etérico, emocional e mental.^(47,48)

No tocante às plantas medicinais, em levantamento realizado com 267 artigos relacionando-as na redução dos sintomas de ansiedade, observou-se uma larga utilização deste método terapêutico, no entanto, poucas evidências científicas de sua eficácia e segurança.⁽⁴⁹⁾

Com relação a acupuntura, 20% (14) dos pacientes de um ensaio clínico randomizado, submetidos à auriculoterapia, conseguiram reduzir os níveis de ansiedade.⁽²⁴⁾

Novas linhas de tratamento vêm sendo desenvolvidas e testadas para associação com as terapias cognitivo-comportamentais e tratamentos medicamentosos, como a realidade virtual que expõe o paciente a situações virtuais que o ajudam a fugir dos pensamentos ansiosos; o *neurofeedback* que tenta imprimir no cérebro um padrão de funcionamento semelhante ao de indivíduos sem a doença e a estimulação magnética transcraniana, ainda em fase de testes, que consiste na aplicação de energia magnética em regiões cerebrais associadas à ansiedade, com objetivo de reequilibrar a atividade neuronal.⁽⁵⁰⁾

1.6. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS, USO RACIONAL E FARMACOVIGILÂNCIA

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) é considerada parte integrante e essencial da Política Nacional de Saúde, promovendo princípios fundamentais para que se torne possível a implementação de ações que criem melhorias na saúde da população.⁽⁵¹⁾

A PNM traz como parte de suas diretrizes a reorientação da assistência farmacêutica e a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) onde se dá ênfase ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados.⁽⁵²⁾

Ainda é citada na PNM a importância de estudos farmacoepidemiológicos, onde são levantadas informações sobre o uso de produtos para embasar e fomentar o URM e delega a farmacovigilância (FVG) a função de busca ativa por problemas relacionados aos medicamentos em todo o seu ciclo.⁽⁵¹⁾

Essa FVG, utilizando-se dos estudos de utilização de medicamentos (EUM) objetiva reduzir a intensidade de efeitos indesejados produzidos por interações medicamentosas e outras respostas negativas relacionadas à medicamentos, através do acompanhamento da comercialização, distribuição, prescrição, dispensação e uso em uma sociedade.⁽⁵³⁾

Já a Organização Mundial de Saúde define a FVG como a ciência e atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos. Recentemente, ampliando seu campo de atuação para incluir: produtos fitoterápicos, medicamentos tradicionais e complementares, hemoterápicos, produtos biológicos, produtos para a saúde e vacinas.⁽⁵⁴⁾

Com relação ao acesso a fármacos benzodiazepínicos e outras substâncias psicotrópicas, no Brasil, a regulamentação é feita pela Portaria 344 do Ministério da Saúde, setor de Vigilância Sanitária, que dispõe desde a autorização de dispensação/venda até controle e fiscalização destes medicamentos.⁽⁵⁵⁾

Apesar de a legislação vigente prever penas severas, há grande comercialização ilegal destes medicamentos, facilitando o acesso a estas drogas para indivíduos que não necessitam de tratamento ou prolongam a terapia de usuários mal acompanhados pelo sistema de saúde.

Se considerarmos a atenção primária, a prescrição desses medicamentos, em geral, também é inadequada, pela falta de gerência e responsáveis técnicos qualificados, o não

controle do número de usuários dos programas de saúde mental, a gravidade do uso e pela não monitoração dos efeitos colaterais e/ou reações adversas.⁽⁴²⁾

Dados mostram que a maioria dos usuários de ansiolíticos são mulheres, quase três vezes mais do que homens e, quanto mais idosas, maior o uso. Considerando os pacientes portadores de transtornos psiquiátricos, a probabilidade do uso é ainda maior.⁽⁴⁵⁾

Com o elevado número de indivíduos ansiosos nos dias atuais, inclusive entre universitários e conseqüente uso de medicamentos e substâncias com propriedades ansiolíticas, são de extrema importância os levantamentos farmacoepidemiológicos e, mais especificamente, os EUM junto a este segmento populacional, em complemento ao levantamento de informações sobre o estado geral e gravidade de níveis de ansiedade apresentados.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as características de universitários da área de saúde com perfil de ansiedade e/ou uso de medicamentos.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar o Beck Anxiety Inventory junto a universitários da área da saúde, de instituições de ensino superior pública e privada;
- observar a possível relação entre os universitários ansiosos e o sexo, dados sociodemográficos e hábitos de vida;
- verificar o uso de ansiolíticos e outros medicamentos entre os universitários avaliados;
- comparar os dados entre discentes ingressantes e concluintes e entre as instituições de ensino participantes, assim como entre os cursos abordados.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO, LOCAL E DURAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi do tipo transversal, descritivo-analítico, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e na Faculdade Maurício de Nassau (FMN), localizadas no Município de Campina Grande, Paraíba, entre outubro de 2013 a fevereiro de 2014. A escolha destas IES se deu pela importância dos serviços prestados à comunidade acadêmica e a população da cidade.

A UEPB foi reconhecida pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação (MEC) em 1996 como IES, mas o início de suas atividades remonta de trinta anos anteriores, quando ainda era Universidade Regional do Nordeste (URNe).

Apresenta oito campi, distribuídos em Campina Grande (Campus I), Lagoa Seca (Campus II), Guarabira (Campus III), Catolé do Rocha (Campus IV), João Pessoa (Campus V), Monteiro (Campus VI), Patos (Campus VII) e Araruna (Campus VIII). Conta com 46 cursos de graduação, 02 de nível técnico e 17 programas de pós-graduação recomendados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Já a FMN iniciou suas atividades em 1993 e apresenta faculdades em 16 municípios do nordeste do Brasil, sendo o campi do Recife credenciado pelo MEC como Centro Universitário. Em Campina Grande, a FMN apresenta 12 cursos de graduação tradicional, sendo 07 da área da saúde e 11 cursos de graduação tecnológica.

3.2. POPULAÇÃO

Participaram discentes dos cursos de Educação Física, Farmácia e Odontologia da UEPB e Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição da FMN; de cada curso, foram coletados dados das turmas ingressante e concluinte, do período da manhã.

Foram incluídos os universitários que estivessem presentes em sala de aula, em uma das duas tentativas de abordagem, previamente acordadas com as coordenações de cada curso, com, no mínimo um dia e máximo de sete dias de intervalo entre as coletas. A participação na pesquisa era iniciada após a apresentação do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), por parte dos alunos com idade igual ou superior a 18 anos, não sendo desconsiderados ou discriminados por sexo, posição social,

etnia ou religião. A recusa em participar da pesquisa e ausência no dia do preenchimento dos instrumentos de coleta, após as duas tentativas, foram consideradas perdas.

Do total de 480 matriculados em turmas ingressantes (304 – 63,3%) ou concluintes (176 – 36,7%) dos cursos participantes, obteve-se uma amostra de 428 universitários. Na Figura 1 estão esquematizados por curso o número de matriculados, participantes e perdas.

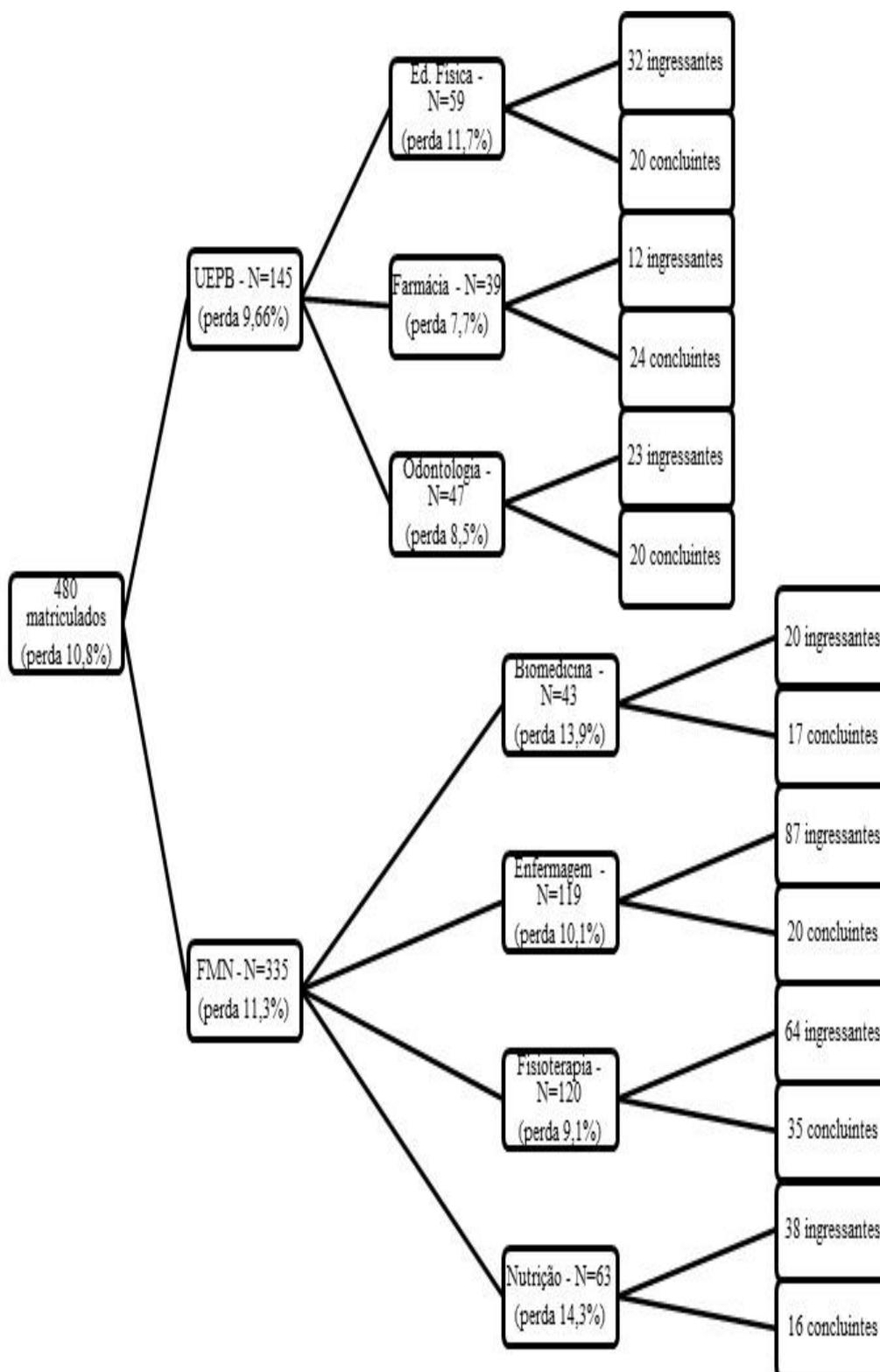


Figura 1. Número de matriculados, participantes e perdas por curso.

3.3. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Beck Anxiety Inventory (BAI) validado para o português (ANEXO 1)

O BAI é um questionário autoaplicável, composto por 21 perguntas, referentes ao estado emocional, fisiológico e cognitivo da última semana. As perguntas são de múltipla escolha, cada uma com um escore associado: Nem um pouco (0), Ligeiramente (1), Moderadamente (2) e Severamente (3). O escore varia entre 0 e 63 pontos, sendo classificado nas faixas de perfil ansioso: 0 -7 Mínimo; 8 – 15 Suave; 16 – 25 Moderado e 26 – 63 Grave.⁵⁶

Para o preenchimento do BAI, o participante foi orientado previamente de que não há respostas certas ou erradas e que as perguntas são referidas à última semana, incluindo o dia da realização do inventário, período no qual este inquérito apresentou boa consistência interna ($\alpha=0,92$) e confiabilidade teste-reteste para este intervalo.⁵⁶

Questionário semiestruturado (APÊNDICE B)

O questionário semiestruturado foi composto por perguntas objetivas e de resposta livre, sobre as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, tratamentos e uso de medicamentos.

Variáveis do estudo

- Variável dependente
 - Perfil de ansiedade: obtida através da recategorização do escore do BAI em perfil *Não ansioso* (mínimo e suave) e *Ansioso* (moderado e grave).

- Variáveis independentes
 - Acadêmicas: IES, Curso, Turma.

 - Sociodemográficas: Sexo, Idade, Cor, Estado civil, Atividade profissional, Local de residência, Estado de origem, Condição de moradia.

- Condições de saúde: Peso e Altura referidos pelos participantes para o cálculo do IMC, Horas de sono por dia, Qualidade do sono, Doenças referidas.
 - O IMC foi recategorizado, quando necessário, em: *Normal* (eutrofia) e *Alterado* (baixo peso, Sobrepeso e obesidade).

A classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) foi feita utilizando os pontos de corte definidos pela Organização Mundial de Saúde,⁵⁷ sendo considerados como baixo peso (< 18,5 kg/m²), eutrofia (18,5 – 24,9 kg/m²); sobrepeso (25,0 – 29,9 kg/m²) e obesidade (≥ 30 kg/m²).

Para a variável horas de sono, o ponto de corte foi definido onde o estado ótimo de vigília é obtido, em média, através de 7 a 8 horas de sono em um período de 24 horas⁵⁸ e, à qualidade do sono, foi considerada uma variável subjetiva.

- Hábitos de vida: Prática de atividade física, Horas de internet/tv por dia, Etilismo, Tabagismo, Uso de substâncias ilícitas.

Com relação à atividade física foram considerados ativos os indivíduos que referiram no mínimo 30 minutos diários de atividade física moderada em cinco dias da semana nas horas de lazer ou 20 minutos diários em três dias da semana de atividade vigorosa, de acordo com o Questionário Internacional de Atividades Físicas (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*), os demais foram classificados como inativos ou insuficientemente ativos.⁵⁹

A classificação do consumo de bebidas alcoólicas seguiu o preconizado pela OMS,⁶⁰ onde o consumo leve é equivalente a 3 doses de destilados ou garrafas de fermentados; consumo moderado entre 3 e 7 doses e consumo elevado, acima de 7 doses. Considerando como doses/garrafas o equivalente a 350 mL de cerveja ou 150 mL de vinho ou 40 mL de destilados, consumidos na última semana.

Para avaliação do hábito de fumar foram utilizados os critérios da OMS, definindo-se como fumante todo indivíduo que, por ocasião do inquérito, estivesse fumando qualquer tipo ou quantidade de tabaco, diariamente há pelo menos seis meses.⁶¹

- Condições associadas à ansiedade:⁽⁴⁾ Insônia, Fadiga, Sensação de confusão, Fasciculações e Medo de ficar só.

- Tratamento e Uso de medicamentos: Acompanhamento psicoterapêutico, Uso de ansiolíticos, Condições da aquisição, Medicamentos de uso contínuo, Automedicação, Práticas Integrativas e Complementares.

Os medicamentos citados foram agrupados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification Index* (ATC).⁶² No sistema de classificação ATC, as drogas são divididas em diferentes grupos, de acordo com o órgão ou sistema no qual eles atuam e suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. As drogas são divididas em cinco níveis diferentes, sendo o primeiro dividido em quatorze grupos principais, com um subgrupo farmacológico/terapêutico (segundo nível). Os terceiro e quarto níveis correspondem a subgrupos químicos/farmacológicos/terapêuticos, e o quinto nível, à substância química.

3.4. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis quantitativas foram agrupadas em tabelas com frequências absolutas e relativas, médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos. Para as associações e análises, empregou-se o programa *Statistical Package for The Social Sciences* na versão 18.0 (SPSS 18), utilizando-se para as análises bivariadas o Teste Qui Quadrado e Regressão Linear Simples e, para multivariada, a Regressão Linear Múltipla. Para comparação de médias entre grupos foi utilizada a Análise de Variância (One Way ANOVA) e Teste de Tukey. Os testes foram realizados para um intervalo de confiança de 95% e $\alpha=5%$ de significância.

3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo seguiu de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com humanos. O projeto foi devidamente cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob protocolo de número 16902013.5.0000.5187.

4. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação foram divididos em dois artigos científicos originais, estruturados de acordo os periódicos escolhidos para a submissão e publicação.

ARTIGO 1 – Ao *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*

Perfil de ansiedade em universitários concluintes de cursos de saúde

Screening of anxiety at college students health

ARTIGO 2 – À *Revista Brasileira de Epidemiologia*

Ansiedade e uso de medicamentos por universitários de instituições pública e privada

Anxiety and drug use by college students from public and private institutions

4.1. ARTIGO 1

Perfil de ansiedade em universitários concluintes de cursos de saúde

Screening of anxiety at college students health

Ansiedade e universitários de saúde

Anxiety at college students health

Contagem total de palavras: 3.275 palavras

Rômulo Moreira dos Santos¹, Mônica Oliveira da Silva Simões²

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

² Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil

RESUMO

Objetivos: Verificar a prevalência de universitários concluintes ansiosos, de Instituições de Ensino Superior (IES) pública e privada, relacionando-os com os dados sociodemográficos e hábitos de vida. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em uma universidade pública e uma privada do Município de Campina Grande-PB, nos meses de outubro a dezembro de 2013. Aplicou-se o *Beck Anxiety Inventory* na versão validada para o português e um questionário contendo informações acadêmicas, sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida. O tratamento estatístico foi realizado empregando o *Statistical Package for The Social Sciences* na versão 18, através dos testes Qui Quadrado, Regressão Linear Simples e Análise de Variância, com intervalo de confiança de 95%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob parecer nº 16902013.5.0000.5187, emitido pela Plataforma Brasil. **Resultados:** Foi encontrada relação significativamente estatística entre os universitários ansiosos e a variável *Horas de sono por dia* e relação de linearidade positiva com as variáveis *IES*, *Horas de sono por dia*, *Qualidade do sono*, *Insônia*, *Fadiga* e *Medo de ficar só*. Na análise de variância, os grupos de maiores médias de escore no inventário de ansiedade foram: Universitários da IES pública, curso de farmácia, sexo feminino, qualidade do sono não satisfatória, consumir menos de 03 refeições por dia e ser fumante. **Conclusões:** A alta prevalência de universitários com perfil ansioso pode indicar a necessidade de políticas de atenção à saúde mental desse segmento populacional, melhorando a qualidade de vida nas universidades.

Palavras-chave: Ansiedade; Universitários; Cursos de saúde.

ABSTRACT

Objectives: To check the prevalence of college seniors eager, of higher education institutions (HEIs) both public and private, in relation to the socio-demographic data and life habits.

Methods: Cross-sectional study, performed in a public university and a private one in the city of Campina Grande-PB, in the months of October to December 2013. Applied the Beck Anxiety Inventory in version validated for the Portuguese and a questionnaire containing demographic information, academic, health and life habits. The statistical analysis was conducted using the Statistical Package for The Social Sciences in version 18, through tests chi square, simple linear regression and analysis of variance, with 95% confidence interval. The research was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Paraíba, in opinion No. 16902013.5.0000.5187, issued by Brazil Platform. **Results:** Significantly statistical relationship was found between colleges eager and variable *Hours of sleep per day* and linearity relation positive with the variables: *HEI, Hours of sleep per day, Quality of sleep, Insomnia, Fatigue* and *Fear of being alone*. In analysis of variance, larger groups of average score in anxiety inventory were: *Students of public HEI, Pharmacy course, Female, Sleep quality not satisfactory, Consume less than 03 meals per day and Be a smoker*. **Conclusion:** The high prevalence of students with anxious profile may indicate the need for policy attention to the mental health of this population segment, improving the quality of life in universities.

Keywords: Anxiety; College students; Courses health.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é um distúrbio comum que afeta o funcionamento emocional e psicossocial do indivíduo¹ podendo ser definida como uma experiência funcional persistente de interação com o meio ambiente² ou mesmo um estado adaptativo à situações de estresse, perigo real ou imaginário.³

São sintomas de estados ansioso a falta de ar, dores no peito, distúrbios do sono, fadiga, tensão muscular, dificuldade de concentração, palpitações, vertigens, náuseas, nervosismo e inquietação, variando a intensidade destes de acordo com a reatividade do indivíduo à situação ansiogênica.^{3,4}

Essa morbidade vem aumentando expressivamente na população humana desde o último século, associado às profundas transformações ocorridas no âmbito econômico, social e cultural, sendo relacionada às situações vivenciadas pelos indivíduos em seu cotidiano.^{5,6}

Ao ingressar na faculdade, os universitários são submetidos a uma grande carga de estresse, devido a longas horas de estudo, cobranças pessoais e de professores e familiares.⁷ Jadoon *et al.*⁸ relatam que à vida acadêmica em cursos de saúde é estressante devido às exigências feitas ao longo da formação, as atividades e avaliações, aumento da pressão psicológica, tensão, cansaço mental e expectativa com o mercado de trabalho.

Assim, algum transtorno psicológico ocorre entre 14% a 19% de universitários durante a vida acadêmica⁹ e em função de subdiagnósticos e até da baixa procura por tratamento, indivíduos com algum transtorno de ansiedade frequentemente perdem oportunidades de crescimento pessoal e profissional, desenvolvendo auto-avaliação negativa e se isolando ainda mais da participação na sociedade.¹⁰

Dessa forma, o estudo teve como objetivo verificar a prevalência de universitários concluintes ansiosos, de Instituições de Ensino Superior (IES) pública e privada, relacionando-os com os dados sociodemográficos e hábitos de vida.

MÉTODOS

O estudo foi do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em duas IES, uma pública e outra privada, no Município de Campina Grande – PB, importante centro acadêmico do nordeste do Brasil, durante os meses de outubro a dezembro de 2013.

Participaram universitários concluintes dos cursos: educação física, farmácia e odontologia da IES pública e enfermagem, fisioterapia e nutrição da IES privada, não sendo desconsiderados ou discriminados por sexo, posição social, etnia ou religião.

Foram incluídos os alunos que estavam presentes em uma das duas tentativas de abordagem para participação do estudo, que possuíssem 18 anos ou mais, considerando-se as faltas após tentativas e recusas como perdas. Dos 155 matriculados e assíduos, obteve-se uma perda de 12,9% (20), não havendo nenhuma por recusa. A participação no estudo foi iniciada após a apresentação da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para determinação do perfil ansioso foi empregado o Inventário de Ansiedade de Beck ou *Beck Anxiety Inventory* (BAI), na versão validada em português. O inventário é autoaplicável e apresenta 21 perguntas, sendo considerado um bom instrumento psicométrico para detecção de ansiedade, sem interferência de outros transtornos mentais menores, como a depressão.^{11,12}

As perguntas são de múltipla escolha, cada uma com um escore associado: Nem um pouco (0), Ligeiramente (1), Moderadamente (2) e Severamente (3). A soma dos escores varia entre 0 e 63 pontos, sendo classificado nas faixas de perfil ansioso: 0 -7 Mínimo; 8 – 15 Suave; 16 – 25 Moderado e 26 – 63 Grave.

Após o preenchimento do BAI, os participantes responderam a um questionário contendo informações acadêmicas (curso e turma), sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, estado civil, atividade profissional, local de residência, número de moradores do domicílio), condições de saúde (altura e peso para o cálculo do índice de massa corporal [IMC], horas de sono por dia, qualidade do sono, doenças referidas) e hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física, uso de substâncias ilícitas e horas de internet/tv por dia).

Para o cálculo e classificação do IMC, a altura e o peso dos participantes foram autorreferidos e considerados os pontos de corte definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS):¹³ baixo peso (< 18,5 kg/m²), eutrofia (18,5 – 24,9 kg/m²), sobrepeso (25,0 – 29,9 kg/m²) e obesidade (≥ 30 kg/m²).

Para a variável *Horas de sono*, o ponto de corte foi onde o estado ótimo de vigília é obtido, em média, através de 7 horas de sono em um período de 24 horas¹⁴ e, à qualidade do sono, foi considerada uma variável subjetiva.

Com relação à atividade física foram considerados ativos os universitários que referiram no mínimo 30 minutos diários de atividade física moderada em cinco dias da semana nas horas de lazer ou 20 minutos diários em três dias da semana de atividade vigorosa, de acordo com o Questionário Internacional de Atividades Físicas (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*).¹⁵

A classificação do consumo de bebidas alcoólicas segue o indicado pela OMS,¹⁶ onde o consumo leve é equivalente a 3 doses de destilados ou garrafas de fermentados; consumo moderado entre 3 e 7 doses e consumo elevado, acima de 7 doses. Considerando como doses/garrafas o equivalente a 350mL de cerveja ou 150mL de vinho ou 40mL de destilados, consumidos na última semana.

Foram considerados tabagistas todo indivíduo que, por ocasião do inquérito, estivesse fumando qualquer tipo ou quantidade de tabaco, diariamente há pelo menos seis meses.¹⁷

O tratamento estatístico foi realizado através do programa *Statistical Package for The Social Sciences* na versão 18.0 (SPSS 18). As variáveis quantitativas foram agrupadas em tabelas com frequências absolutas e relativas e valores de *p* obtidos das análises bivariadas, através dos testes do Qui Quadrado e Regressão Linear Simples.

Para a comparação de médias entre grupos foi empregada a análise de variância (*One Way ANOVA*), obedecendo ao teste de homogeneidade de variância - *Teste de Levene*. O nível de significância para as correlações foi considerado $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sendo aprovado sem pendências ou inadequações, através do parecer nº 16902013.5.0000.5187.

RESULTADOS

Participaram do estudo 135 universitários de cursos da área da saúde, com média de idade de 25,71 (\pm 5,17) anos, estando matriculados 52,6% (71) em IES privada. Do total, 75,56% (102) eram do sexo feminino, 79,3% (107) oriundos de cidades do Estado da Paraíba e os demais vindos de outros 13 estados brasileiros.

Na Figura 1 está representado o total de alunos matriculados por curso, estratificados por sexo.

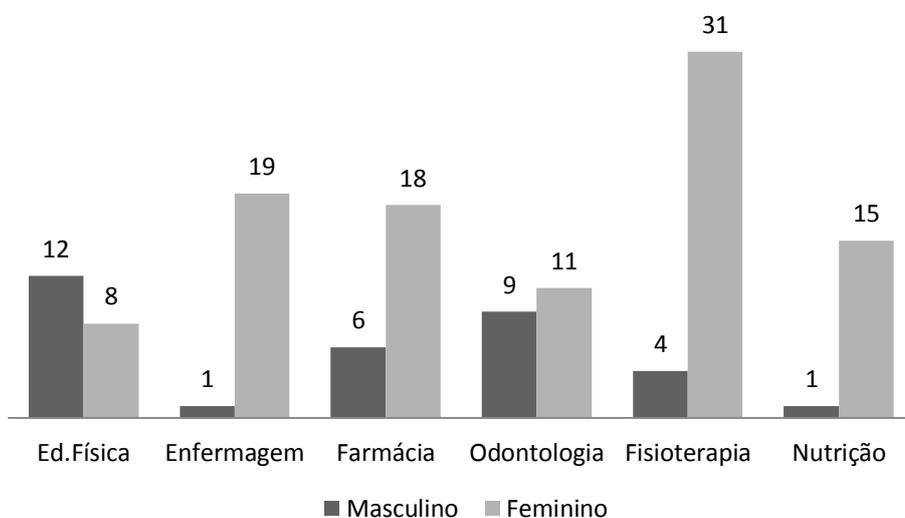


Figura 1. Distribuição dos alunos por curso, estratificados por sexo. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.

Com relação ao IMC, 9,6% (13) estavam com baixo peso, 69,6% (94) eutróficos, 18,5% (25) com sobrepeso e 2,2% (3) com obesidade. Posteriormente, a classificação foi reagrupada em IMC normal (eutrófico) e IMC alterado (baixo peso, sobrepeso e obesidade), para as análises estatísticas analíticas.

Quando questionados se apresentavam alguma doença diagnosticada, 9,6% (13) dos alunos declararam ao menos uma condição, sendo 84,6% (11) do sexo feminino e dos diagnósticos: 59,9% (9) eram doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 33,3% (5) doenças do aparelho circulatório e 6,7% (1) doenças do aparelho respiratório.

A prevalência de indivíduos insuficientemente ativos foi maior que a de ativos, com 65,2% (88) declarando fazer menos de 30 minutos diários de atividade moderada nas horas de lazer, por cinco dias na semana.

Dos 39,3% (53) alunos que declararam consumir bebidas alcoólicas, 1,9% (1) não consumiram bebidas na semana anterior ao dia de participação no estudo, 66,0% (35) tiveram um consumo leve de álcool, 20,8% (11) consumo moderado e 11,3% (06), elevado.

Apenas 3,7% (05) são fumantes e, quando questionados sobre uso de drogas ilícitas, 15,6% (21) declararam já ter consumido ao menos uma vez. Foram citadas loló/lança perfume (60,0% - 15), maconha (36,0% - 09) e ecstasy (4,0% - 01).

Com a análise dos escores do Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory - BAI*), obteve-se 18,5% (25) dos universitários com perfil mínimo de ansiedade, 34,1% (46) com perfil suave, 34,1% (46) moderado e 13,3% (18) grave. Para a estatística analítica, esta classificação foi dicotomizada em dois perfis: Não ansioso (mínimo e suave) e Ansioso (moderado e grave).

A Tabela 1 traz as frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas e hábitos de vida dos 135 universitários, assim como o Intervalo de Confiança a 95% e valores de p para o Teste do Qui Quadrado de Pearson, empregando-se o Teste Exato de Fisher quando necessário.

Tabela 1:
Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas e de hábitos de vida dos 135 universitários, com valores dos IC% e de *p* para o Teste Qui Quadrado.

Variável	Não Ansioso		Ansioso		IC%	<i>p</i>
	N	Fr%	N	Fr%		
IES						
Pública	28	43,8	36	56,3	0,994 – 3,920	0,05
Privada	43	60,6	28	39,4		
Sexo						
Masculino	21	63,6	12	36,4	0,143 – 1,204	0,14
Feminino	50	49,0	52	51,0		
Cor						
Branca	45	50,0	45	50,0	0,665 – 2,816	0,39
Não Branca	26	57,8	19	42,2		
Local de residência						
Campina Grande	56	50,9	54	49,1	0,485 – 4,055	0,41
Outra	15	60,0	10	40,0		
Com quem mora						
Sozinho	07	53,8	06	46,2	0,113 – 2,055	0,92
Acompanhado	64	52,5	58	47,5		
Atividade profissional						
Estudante	43	53,1	38	46,9	0,228 – 1,489	0,88
Estuda e Trabalha	28	51,9	26	48,1		
Estado civil						
Solteiro	51	48,6	54	51,4	1,268 – 14,386	0,08
Casado	20	66,7	10	33,3		
IMC						
Normal	49	52,1	45	47,9	0,440 – 3,778	0,87
Alterado	22	53,7	19	46,3		
Horas de sono por dia						
Menos de 7 horas	50	47,6	55	52,4	0,163–0,927	0,03
Mais de 7 horas	21	70,0	09	30,0		
Qualidade do sono						
Satisfatória	36	66,7	18	33,3	0,300 – 3,023	<0,01
Não satisfatória	35	43,2	46	56,8		
Número de refeições/dia						
Menos de 03	5	31,3	11	68,8	0,119 – 1,115	0,06
03 ou mais	66	55,5	53	44,5		
Atividade Física						
Sedentário	44	50,0	44	50,0	0,300 – 2,997	0,40
Ativo	27	57,4	20	42,6		
Horas de internet/tv por dia						
Menos de 04 horas	38	48,1	41	51,9	0,323 – 1,289	0,21
Mais de 04 horas	33	58,9	23	41,1		
Etilismo						
Sim	24	45,3	29	54,7	0,307 – 1,235	0,17
Não	47	57,3	35	42,7		
Tabagismo						
Sim	02	40,0	03	60,0	0,095 – 3,645	0,66**
Não	69	53,1	61	46,9		

Nota: Fonte: Dados do estudo. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.

IC%=Intervalo de Confiança a 95%; IES=Instituição de Ensino Superior; IMC=Índice de Massa Corporal;

*Qui Quadrado **Teste Exato de Fisher

Foi estatisticamente significativa a relação entre o escore do *BAI* e a variável *Horas de sono por dia*, para os indivíduos que dormem menos de 07 horas, com o $p=0,03$. Apesar da relação com as variáveis *IES* e *Qualidade do sono* ter obtido um $p<0,05$, não se configuram significantes para os intervalos de confiança considerados, já que não rejeitam a hipótese nula.

Também foram calculados os valores de p para o Qui Quadrado relacionando o escore do *BAI* a outros fatores associados à ansiedade pela literatura, como *Sensação de confusão* ($p= 0,07$ e $IC= 0,019 - 1,483$), *Diminuição da coordenação motora* ($p= 0,26$ e $IC= 0,029 - 2,865$), *Insônia* ($p<0,01$ e $IC= 0,124 - 0,711$), *Fadiga* ($p<0,01$ e $IC= 0,102 - 0,451$) e *Medo de ficar só* ($p<0,01$ e $IC= 0,01 - 0,710$), sendo estas três últimas relações estatisticamente significantes.

Utilizando-se como ponto de corte os valores de $p<0,20$, foram selecionadas as variáveis *IES*, *Sexo*, *Estado civil*, *Horas de sono por dia*, *Qualidade do sono*, *Número de refeições por dia*, *Etilismo*, *Insônia*, *Fadiga* e *Medo de ficar só*, para obtenção dos modelos de Regressão Linear Simples (RLS), expostos na Tabela 2.

Tabela 2:
Regressão Linear Simples das correlações entre a pontuação do Escore do BAI e variáveis independentes, considerando os 135 participantes.

Variáveis	r	R ²	F	Durbin Watson	p	
<i>IES</i>	0,168	0,028	3,869	1,838	0,05	
Sexo	0,126	0,016	2,139	1,726	0,14	
Estado Civil	0,151	0,023	3,089	1,791	0,08	
<i>Horas de sono por dia</i>	0,186	0,035	4,784	1,850	0,03	
Classificação do Escore do BAI*	<i>Qualidade do sono</i>	0,230	0,053	7,438	1,894	<0,01
Número de refeições por dia	0,157	0,025	3,349	1,877	0,06	
Etilismo	0,118	0,014	1,868	1,805	0,17	
<i>Insônia</i>	0,242	0,058	8,263	1,832	<0,01	
<i>Fadiga</i>	0,360	0,130	19,811	2,020	<0,01	
<i>Medo de ficar só</i>	0,241	0,058	8,220	1,825	<0,01	

Nota: Fonte: Dados do estudo. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.
BAI=Beck AnxietyInventory; IES=Instituição de Ensino Superior.

Na RLS, observando o resultado do R² (Coeficiente de Determinação), a variável preditora de maior interferência nos resultados do escore do BAI foi obtida no modelo correlacionando a *Fadiga* (13,0%), seguida por *Insônia* e *medo de ficar só* (ambas 5,8%) e *Qualidade do sono* (5,3%). O ajuste adequado das variáveis ao modelo de RLS é verificado através dos valores de Durbin Watson próximos a 2, indicando não haver autocorrelação entre as variáveis. Apresentaram valores de p estatisticamente significantes as relações com *IES*, *Horas de sono por dia*, *Qualidade do sono*, *Insônia*, *Fadiga* e *Medo de ficar só*.

Na Tabela 3 estão os resultados para a análise de variância simples (*One Way ANOVA*).

Tabela 3

Análise de variância entre o escore de classificação do BAI e variáveis independentes, com valores médios, desvio padrão e IC% para médias, considerando os 135 participantes.

Variáveis	Escore do BAI Média ± DP (IC%*)	<i>p</i>
IES		
<i>Pública</i>	17,92 ± 9,185 (15,63 – 20,22)	0,04
Privada	14,61 ± 9,802 (12,29 – 16,93)	
Curso		
Educação Física	18,55 ± 12,024 (12,92 – 24,18)	<0,01
Enfermagem	11,40 ± 7,598 (7,84 – 14,96)	
Farmácia	19,42 ± 8,356 (15,89 – 22,94)	
Odontologia	15,50 ± 6,420 (12,50 – 18,50)	
Fisioterapia	18,06 ± 10,120 (14,58 – 21,53)	
Nutrição	11,06 ± 9,391 (6,06 – 16,07)	
Sexo		
Masculino	15,09 ± 9,389 (11,76 – 18,42)	0,45
Feminino	16,54 ± 9,718 (14,62 – 18,44)	
Horas de sono por dia		
Menos de 07 horas	17,53 ± 9,864 (15,66 – 19,41)	<0,01
Mais de 07 horas	11,43 ± 7,855 (8,50 -14,37)	
Qualidade do sono		
Satisfatória	12,89 ± 7,709 (10,78 – 14,99)	<0,01
Não satisfatória	18,37 ± 10,178 (16,12 – 20,62)	
Número de refeições/dia		
Menos de 03	21,69 ± 10,675 (16,00 – 27,38)	0,01
03 ou mais	15,44 ± 9,274 (13,75 – 17,12)	
Atividade Física		
Sedentário	17,01 ± 9,869 (14,92 – 19,10)	0,169
Ativo	14,62 ± 9,042 (11,96 – 17,27)	
Etilismo		
Fumante	17,51 ± 9,968 (14,76 – 20,26)	0,197
Não fumante	15,32 ± 9,354 (13,26 – 17,37)	
Tabagismo		
Fumante	26,80 ± 17,49 (5,07 – 48,53)	0,01
Não fumante	15,77 ± 9,049 (14,20 – 17,34)	
Insônia		
Insone	22,20 ± 9,998 (18,47 – 25,93)	<0,01
Não insone	14,16 ± 8,832 (12,75 – 16,17)	
Fadiga		
Sim	20,55 ± 8,677 (18,20 – 22,89)	<0,01
Não	13,18 ± 9,122 (11,15 – 15,20)	
Medo de ficar só		
Sim	21,10 ± 7,310 (15,87 – 26,33)	0,09
Não	15,78 ± 9,700 (14,07 – 17,50)	

Nota: Fonte: Dados do estudo. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.

BAI=Beck Anxiety Inventory; IC%=Intervalo de Confiança a 95%; IES=Instituição de Ensino Superior.

A média geral do escore do BAI foi de $16,18 \pm 9,623$ pontos (IC% = 14,54 – 17,82), resultando em um perfil geral de ansiedade moderada para a amostra. Universitários da IES pública, curso de farmácia, sexo feminino, qualidade do sono não satisfatória, consumir

menos de 03 refeições por dia e ser fumante, obtiveram as maiores médias de escore do BAI. Não houve significância estatística na comparação das médias apenas para as variáveis: *Sexo, Atividade Física, Etilismo e Medo de ficar só*.

DISCUSSÃO

Todo indivíduo apresenta um nível de ansiedade quando frente às situações de estresse ou adaptativas aos acontecimentos do cotidiano. O que define o comportamento como patológico é a intensidade e frequência que o organismo apresenta frente ao motivo que desencadeia o estado ansioso.¹⁸

Avaliando-se o resultado do escore do BAI, a população estudada apresenta uma prevalência semelhante ao estudo de Prado, Kuberayashi e Silva¹⁹ para universitários com perfil moderado de ansiedade, mas diferem quanto ao perfil grave, com percentual três vezes menor.

Após a recategorização do escore do BAI, a amostra apresentou aproximadamente a metade de indivíduos com ansiedade, o que seria mais que o dobro da prevalência esperada de um transtorno psicológico para a população estudada.⁹

Deve-se levar em consideração que uma pontuação elevada por si só não determina que um indivíduo tenha um transtorno de ansiedade específico, mas é um forte preditor que indica a necessidade de uma avaliação mais detalhada.²⁰

A correlação com os sexos não foi verificada neste estudo, semelhante ao encontrado por Fernande e Souza²¹, no entanto, espera-se que o sexo feminino apresente uma correlação positiva com a ansiedade,²² como encontrado por Gama *et al.*,²³ que também obtiveram correlação significativa entre o estado civil, sendo os solteiros mais propensos a perfis ansiosos. Ainda, Gama *et al.* não encontraram relação entre os universitários que apenas estudavam com os que estudavam e trabalhavam.

As variáveis *estado civil, número de refeições por dia, IMC, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e prática de atividade física* não apresentaram correlações de independência ou linearidade com o perfil ansioso, mas fazendo uma análise individual dessas características, temos que em estudo realizado por Carvalho e Martins *et al.*,²⁴ 18,2% (110) dos universitários apresentavam sobrepeso ou obesidade e 52% (315) eram inativos ou insuficientemente ativos, percentuais em conformidade com este estudo.

Relatos na literatura indicam que a prática regular de atividade física seja considerada um fator preventivo de estados ansiosos, por produzir efeitos antidepressivos e ansiolíticos, protegendo o organismo dos resultados prejudiciais do estresse na saúde física e mental.²⁵

Para Araújo, Mello e Leite²⁶ apenas os exercícios que não ultrapassem o limite de força e resistência do indivíduo são adequados na melhoria e proteção contra alterações de humor e que os exercícios anaeróbios são considerados ansiogênicos.

Com relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, em levantamento junto a universitários de cursos de saúde de uma instituição particular foram verificados percentuais bem maiores de consumo comparados a este estudo, onde 70,0% (376) dos participantes declararam consumir bebidas alcoólicas, 32,0% (172) serem tabagistas e 37,18% (200) já haver feito uso de alguma substância ilícita, sendo maconha a droga mais relatada e dos motivos, o uso para diminuir a ansiedade e estresse foi o segundo mais prevalente.²⁷

As variáveis relativas ao sono (*horas de sono por dia, qualidade do sono e insônia*) apresentaram correlações significantes seja na verificação da linearidade ou diferença de médias entre grupos, confirmando a forte relação deste fator aos processos ansiosos. Poucas horas de sono por dia e sono de má qualidade podem levar, além de estados ansiosos, a cansaço, perda da concentração, fadiga, aumento da sensibilidade à dor, nervosismo, ideias irracionais, alucinações, perda de apetite, constipação e maior propensão a acidentes.¹⁴

O estudo reuniu informações relacionadas aos processos ansiosos de forma condensada e com resultados semelhantes a outros estudos envolvendo o mesmo segmento populacional, corroborando as associações encontradas junto aos grupos de maiores escores do BAI.

Verifica-se a necessidade de outras pesquisas, através das quais sejam feitas avaliações psicológicas para confirmação dos resultados e diagnósticos diferenciais, classificando os possíveis transtornos de ansiedade apresentados.

Como adversidades, ressaltam-se a dificuldade em encontrar tempo e espaço nas universidades adequado à aplicação dos instrumentos de coletas de dados e a disponibilidade de universitários concluintes presentes em um só ambiente.

CONCLUSÕES

Os instrumentos psicométricos para a detecção de perfis ansiosos, como o BAI, apresentam boa confiabilidade e são ferramentas úteis na prática clínica para definir um

quadro diagnóstico de ansiedade, no entanto, deve-se associar ao contexto em que ocorrem os sinais e sintomas e à história pregressa do indivíduo.

Quase metade da amostra participante do estudo apresentou perfil moderado ou grave de ansiedade, o que pode indicar a necessidade de políticas voltadas para a saúde mental desse segmento populacional, ajudando na formação de profissionais qualificados e melhorando a qualidade de vida dentro das universidades.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Os autores Rômulo Moreira dos Santos e Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões contribuíram de forma conjunta na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados; na elaboração do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual e, por fim, na aprovação da versão final do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores Rômulo Moreira dos Santos e Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões **não possuem conflitos de interesse a serem declarados.**

AGRADECIMENTOS

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento cedido ao pesquisador principal para realização do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Balestrieri M, Isola M, Quartaroli M, Roncolato M, Bellantuono C. Avaliando transtorno de ansiedade-depressiva mista. Uma pesquisa nacional de cuidados primários. *Psychiatry Research*. 2010;176:197-201.
2. Dractu L, Lader M. Ansiedade - conceito, classificação e biologia: uma interpretação contemporânea da literatura. *J Bras Psiquiatr*. 1993;42(1):19-32.
3. Cabral R, Nardi AE. Anxiety and inhibition of panic attacks within translational and prospective research contexts. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012;34(2): 62-72.
4. Sales LF, Silva MJP. Efeito das essências florais em indivíduos ansiosos. *ACTA Paul Enferm*. 2012;25(2):238-242.
5. Davidson J, Connor KM. Social anxiety disorder: a treatable condition. *Drug Benefit Trends*. 1999;11(2):1-4.
6. Twenge JM. The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *J perssoc psychol*. 2000;79(2):1007-1021.
7. Sgaribold AR, Puggina ACG, Silva MJP. Análise da percepção dos professores em relação aos sentimentos dos alunos em sala de aula. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1206 – 1212.
8. Jadoon NA, Yaqoob R, Raza A, Shehzad MA, Zeshan SC. Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. *JPMA Pakistan med assoc*. 2010;60(8):699-702.
9. Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos mentais menores em universitários. *Estud Psicol*. 2005;10(3):413-420.
10. Levitan MN, Chagas MHN, Crippa JAS, Manfro GG, Hetem LAB, Andrada MC et al. Diretrizes da Sociedade Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(3):292-302.
11. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-897.
12. Quintão S, Delgado AR, Pietro G. Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rash Rating Scale Model. *Psicol Reflex Crit*. 2013;26(2):305-310.
13. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva (SWZ): WHO, 2004.
14. Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):46-52.

15. Sousa CA, César, CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, Marchioni DML, Fisberg RM. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(2):270-282.
16. World Health Organization. Global status report on alcohol. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva (SWZ): WHO, 2011.
17. Freitas ERFS, Araújo ECLS, Alves KS. Influência do tabagismo na força muscular respiratória em idosos. *Fioster Pesqui*. 2012;19(4):326-331.
18. Braga JEF, Pordeus LC, Silva ATMC, Pimenta FCF, Diniz MFFM, Almeida RN. Ansiedade patológica: bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. *R Bras Ci Saúde*. 2010;14(2):93-100.
19. Prado JM, Kurebayashi LFS, Silva MJP. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em universitários de enfermagem. *Rev Esc Enferm. USP*. 2012;48(6):1200-1208.
20. Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Examination of the validity of the Beck anxiety inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2006;20:444-458.
21. Fernade SCS, Souza VH. Análise da ansiedade e depressão para uma amostra não clínica. *Psicologia em foco*. 2009;2(1):39-47.
22. Pigott TA. Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26(3):621-72.
23. Gama MMA, Moura GS, Araújo RF, Teixeira-Silva F. Ansiedade-traço em universitários universitários de Aracajú (SE). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(1):19-24.
24. Carvalho e Martins MC, Ricarte IF, Rocha CHL, Maia RB, Silva VB, Veras AB, et al. Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em universitários de universidade pública. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010;95(2):192-199.
25. Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinl Psychol Rev*. 2001;21(1):33-61.
26. Araújo SRC, Mello MT, Leite JR. Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(2):164-171.
27. Chiapetti N, Serbena CA. Uso de álcool, tabaco e drogas por universitários da área de saúde de uma universidade de Curitiba. *Psicol Reflex Crit*. 2007;20(2):303-313.

4.2. ARTIGO 2

Ansiedade e uso de medicamentos por universitários de instituições pública e privada

Anxiety and drug use by college students from public and private institutions

Rômulo Moreira dos Santos¹, Mônica Oliveira da Silva Simões²

¹Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

²Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Endereço para correspondência:

Rômulo Moreira dos Santos

Rua São João, 45, Centro, Itambé, Pernambuco. CEP: 55.920-000

E-mail: **romulomoreirasantos@hotmail.com**

Título abreviado: Ansiedade, medicamentos e universitários.

RESUMO

OBJETIVO: Verificar entre universitários da área da saúde, de instituições de ensino superior pública e privada, a frequência de perfil de ansiedade e uso de medicamentos entre os avaliados. **MÉTODO:** Estudo transversal, realizado em universidades pública e privada do Município de Campina Grande-PB, de outubro de 2013 a fevereiro de 2014, com 428 universitários. Aplicou-se o *Beck Anxiety Inventory* na versão validada para o português e um questionário contendo informações acadêmicas, sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e uso de medicamentos. O tratamento estatístico foi realizado empregando o *Statistical Package for The Social Sciences* na versão 18, através dos testes Qui Quadrado, Regressão Linear Simples, Regressão Linear Multivariada e Análise de Variância, com intervalo de confiança de 95%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob parecer nº 16902013.5.0000.5187. **RESULTADOS:** O perfil ansioso foi relacionado com significância às variáveis Sexo ($p=0,02$), Cor ($p=0,04$), Estado civil ($p=0,02$), Qualidade do sono ($p<0,01$) e Etilismo ($p<0,01$). Todas as relações estabelecidas nas regressões foram significantes e o grupo de maior escore de ansiedade foi o dos tabagistas ($21,75\pm 15,84$). Os benzodiazepínicos (76,2%) foram os ansiolíticos mais relatados e se observou alta prevalência de automedicação (47,4%). **CONCLUSÕES:** Mesmo sendo profissionais de saúde em formação, o uso irracional de medicamentos foi elevado e é sugestiva a criação de políticas para atenção à saúde mental, devido a alta prevalência de discentes com perfil ansioso, visando a melhoria da qualidade de vida dos universitários.

Palavras-chave: Ansiedade; Uso de medicamentos; Estudantes de ciências da saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVES: The study aims to determine the prevalence of courses health students with an anxiety profile, as well as the drug use in public and private higher education institutions.

METHODS: Cross-sectional study conducted in public and private universities in the city of Campina Grande- PB, from October 2013 to February 2014, with 428 college students. Were used the Beck Anxiety Inventory validated for the Portuguese version and a questionnaire containing academic information, sociodemographic, health status, lifestyle and medication use. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences version 18, employing the Chi Square test, Simple and Multivariate Linear Regression and Analysis of Variance, with a confidence interval of 95%. The study was approved by the Ethics Committee in Research of the State University of Paraíba, in opinion No. 16902013.5.0000.5187 issued by Brazil Platform. **RESULTS:** The anxious profile was significance associated with the variables sex ($p=0.02$), color ($p=0.04$), marital status ($p=0.02$), quality of sleep ($p<0.01$) and alcohol consumption ($p<0.01$). All relationships established in the regressions were significant and the group with higher anxiety score was the smokers (21.75 ± 15.84). Benzodiazepines (76.2%) were the most reported anxiolytic and high prevalence of self-medication (47.4%) was observed. **CONCLUSIONS:** Although health professionals in training, the irrational use of drugs was high and is suggestive the creation of policies for mental health care of college students, in order to improve the quality of life in universities.

Keywords: Anxiety; Drugs; College students.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é um sentimento elusivo, que remete ao medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto frente a situações de perigo, de algo desconhecido ou estranho.¹

São considerados sintomas ansiosos, a dificuldade de respirar, dores no peito, palpitações, distúrbios do sono, xerostomia, tensão muscular, fasciculações, fadiga, inquietação, medo de ficar só e dificuldade de concentração.^{2,3}

A partir do momento em que esses sintomas trazem sofrimento e prejuízos frente ao comportamento de fuga e esquivo de situações importantes da vida acadêmica, social e profissional do indivíduo, a patologia pode ser definida.^{4,5}

As exigências feitas ao longo da formação, tensão, cansaço mental, aumento da pressão psicológica, seja por cobranças pessoais ou de professores, somadas a longas horas de estudo, fazem da vida acadêmica em cursos de saúde um ambiente ansiogênico e estressante.^{3,6}

A baixa procura por ajuda profissional por parte dos universitários que apresentam algum transtorno psicológico pode favorecer a prática da automedicação, quando do surgimento dos sintomas ansiosos.^{7,8}

Dos medicamentos disponíveis para o tratamento dos transtornos de ansiedade, destacam-se os benzodiazepínicos (BZD) e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS). Os primeiros por promoverem um aumento da afinidade do Ácido Gama Aminobutírico (GABA) a seus receptores, aumentando a resposta depressora do sistema nervoso e os ISRS por inibirem a recaptção da serotonina das fendas sinápticas, prolongando as respostas que levam a sensação de bem estar.^{9,10,11}

Há ainda, algumas terapias alternativas para o tratamento da ansiedade, como a utilização de terapias integrativas e complementares, a exemplo da acupuntura e homeopatia,

incentivadas no âmbito do sistema único de saúde (SUS) do Brasil pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.¹²

Dessa forma, frente aos fatores ansiogênicos impostos pelo ambiente acadêmico e ao possível uso irracional de medicamentos, seja para tratar sintomas de ansiedade ou outras condições, o estudo tem como objetivo verificar a prevalência, em instituições de ensino superior pública e privada, de universitários da saúde com perfil de ansiedade, assim como o uso de medicamentos.

MÉTODOS

O estudo foi do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em duas instituições de ensino superior (IES), uma pública e outra privada, no Município de Campina Grande – PB, importante centro acadêmico do nordeste do Brasil, de outubro de 2013 a fevereiro de 2014.

Participaram estudantes ingressantes e concluintes dos cursos: Educação física, Farmácia e Odontologia da IES pública e Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição da IES privada, não sendo desconsiderados ou discriminados por sexo, posição social, etnia ou religião.

Os universitários que estavam presentes em uma das duas tentativas de abordagem para participação do estudo foram incluídos, desde que possuíssem no mínimo 18 anos. As faltas e recusas foram consideradas como perdas. Dos 480 matriculados e assíduos nas duas turmas de cada curso, obteve-se uma perda de 10,8% (52), não havendo nenhuma por recusa. A participação no estudo foi iniciada após a apresentação da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O *Beck Anxiety Inventory* (BAI) foi empregado para determinação do perfil ansioso. O inventário é autoaplicável e apresenta 21 perguntas, sendo considerado um bom instrumento psicométrico para detecção de ansiedade.^{13,14}

As perguntas são de múltipla escolha, cada uma com um escore associado: Nem um pouco (0), Ligeiramente (1), Moderadamente (2) e Severamente (3). A soma dos escores varia entre 0 e 63 pontos, sendo classificado nas faixas de perfil ansioso: 0 -7 Mínimo; 8 – 15 Suave; 16 – 25 Moderado e 26 – 63 Grave.

Após o preenchimento do BAI, os participantes responderam a um questionário contendo informações acadêmicas (curso e turma), sociodemográficas (sexo, idade, cor da

pele, estado civil, atividade profissional, local de residência, número de moradores do domicílio), condições de saúde (altura e peso para o cálculo do índice de massa corporal [IMC], horas de sono por dia, qualidade do sono, doenças referidas), hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física, uso de substâncias ilícitas e horas de internet/tv por dia), condições associadas à ansiedade (insônia, fadiga, sensação de confusão, fasciculações e medo de ficar só) e sobre tratamentos e uso de medicamentos.

Para o cálculo e classificação do IMC, a altura e o peso dos participantes foram autorreferidos e considerados os pontos de corte definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS):¹⁵ baixo peso ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Para a variável horas de sono, o ponto de corte foi onde o estado ótimo de vigília é obtido, em média, através de 7 horas de sono em um período de 24 horas¹⁶ e, à qualidade do sono, foi considerada uma variável subjetiva.

Com relação à atividade física foram considerados ativos os indivíduos que referiram no mínimo 30 minutos diários de atividade física moderada em cinco dias da semana nas horas de lazer ou 20 minutos diários em três dias da semana de atividade vigorosa, de acordo com o Questionário Internacional de Atividades Físicas (*International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ), os demais foram classificados como inativos ou insuficientemente ativos.¹⁷

A classificação do consumo de bebidas alcoólicas segue o indicado pela OMS,¹⁸ onde o consumo leve é equivalente a 3 doses de destilados ou garrafas de fermentados; consumo moderado entre 3 e 7 doses e consumo elevado, acima de 7 doses. Considerando como doses/garrafas o equivalente a 350mL de cerveja ou 150mL de vinho ou 40mL de destilados, consumidos na última semana.

Foram considerados tabagistas todo indivíduo que, por ocasião do inquérito, estivesse fumando qualquer tipo ou quantidade de tabaco, diariamente há pelo menos seis meses.¹⁹

Os medicamentos de uso contínuo foram agrupados de acordo com o primeiro nível da *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), considerando os sistemas de atuação e com relação às práticas integrativas e complementares foram questionados sobre a utilização de plantas medicinais, fitoterapia, homeopatia e acupuntura para redução de ansiedade.

O tratamento estatístico foi realizado através do programa *Statistical Package for The Social Sciences* na versão 18.0 (SPSS 18). As variáveis quantitativas foram agrupadas em tabelas com frequências absolutas e relativas e valores de p obtidos das análises bivariadas, através dos testes do Qui Quadrado e Regressão Linear Simples e, para a análise multivariada, foi empregada a Regressão Linear Multivariada.

Para a comparação de médias entre grupos foi empregada a análise de variância (*One Way ANOVA*), obedecendo ao teste de homogeneidade de variância - Teste de Levene, e o Teste de Tukey, para comparações de médias intragrupos. O nível de significância para as correlações foi considerado $\alpha=5\%$ e intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sem pendências ou inadequações, através do parecer nº 16902013.5.0000.5187.

RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 428 universitários, sendo 30,6% (131) de IES pública e 69,4% (297) da IES privada. Da primeira, participaram os cursos Educação Física (52 – 12,1%), Farmácia (36 – 8,4%) e Odontologia (43 – 10,0%) e, da última, discentes dos cursos de Enfermagem (107 – 25,0%), Fisioterapia (99 – 23,1%), Nutrição (54 – 12,6%) e Biomedicina (37 – 8,6%). Do total, estavam matriculados no primeiro ano de curso 64,5% (276) e 35,5% (152) no último ano.

Relataram ser brancos 61,0% (261) da amostra, a idade média foi de $24,22 \pm 5,99$ anos (mínima 18 – máxima 63), a maioria foi do sexo feminino com 75,2% (322), sendo o sexo masculino mais prevalente apenas no curso de Educação Física (34 - 65,4%).

Quanto ao local de origem, depois da Paraíba (365 – 85,3%), Pernambuco (26 – 6,1%), São Paulo (07 – 1,6%) e Ceará (06 – 1,4%) foram as unidades federativas mais citadas, contando ainda com universitários vindos de outros 14 estados brasileiros. Residem no local do estudo 78,5% (336) e, apenas, 7,7% (33) declararam morar sozinhos.

Dos universitários que estudavam e trabalhavam (187 – 43,7%), a maioria pertencia aos cursos de Enfermagem (61 – 32,6%), Fisioterapia (41 – 21,9%) e Educação Física (28 – 15,0%).

O estado nutricional, classificado através do IMC, mostrou que 8,2% (35) dos universitários estavam com baixo peso, 69,4% (297) eutróficos, 18,2% (78) com sobrepeso e 4,2% (18) com obesidade. A minoria referiu consumir menos de 03 refeições por dia (45 – 10,5%).

Os universitários insuficientemente ativos foram mais prevalentes com 62,4% (267) e dos ativos (161 -37,6%) foram maioria nos cursos de Educação Física (37 – 23,0%) e Fisioterapia (37- 23,0%).

Com relação à presença de alguma doença diagnosticada, 9,6% (41) referiram ao menos uma condição, destas 31,0% (13) foram doenças do aparelho circulatório, 25,5% (17) doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 14,3% (6) do aparelho respiratório, 9,6% (4) transtornos mentais e comportamentais, 2,4% (1) doenças do sistema nervoso e 2,4% (1) doenças do ouvido, classificadas de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

O consumo de bebidas alcoólicas foi declarado por 37,6% (161) dos universitários, que com base na semana anterior a participação do estudo, o consumo foi classificado em 64,6% (104) como leve, 21,1% (34) moderado e 9,3% (15) elevado.

Afirmaram serem fumantes apenas 2,8% (12) e 9,1% (39) alegaram já ter consumido alguma droga ilícita; destas foram citadas loló/lança perfume (24 – 52,2%), maconha (19 – 41,3%) e ecstasy (03 – 6,5%).

Com a análise do escore do BAI, os universitários apresentaram perfis mínimos de ansiedade em 25,0% (107) dos casos, suaves em 32,5% (139), moderados em 29,7% (127) e graves em 12,9% (55). Na Figura 1 estão representados os perfis de ansiedade de acordo com cada curso participante do estudo.

Na Tabela 1 estão os valores absolutos e relativos das variáveis acadêmicas, sociodemográficas e hábitos de vida, relacionados ao escore do BAI recategorizado em *perfil não ansioso* (mínimo e suave) e *perfil ansioso* (moderado e grave), assim como os valores de *p* para o Teste do Qui Quadrado, com nível de significância de 5,0% e Intervalos de Confiança a 95,0%.

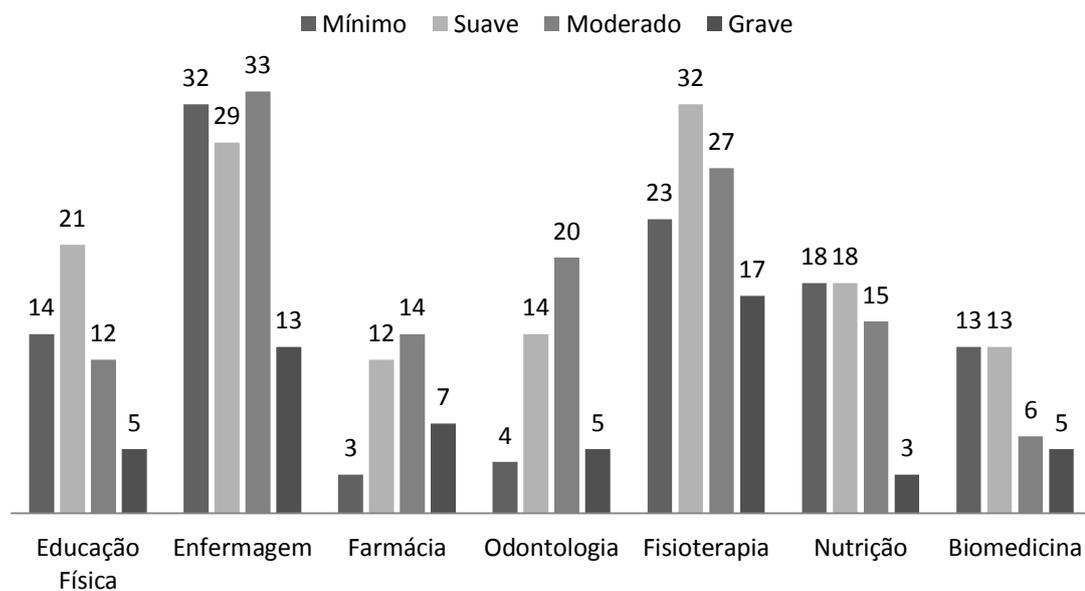


Figura 1. Classificação do escore do *Beck Anxiety Inventory* agrupada por curso.
Figure 1- Rate the *Beck Anxiety Inventory* scores grouped by course.

Tabela 1 - Frequências das variáveis sociodemográficas e de hábitos de vida dos 428 universitários, com valores dos IC% e de *p* para o Teste Qui Quadrado.

Table 1 - Frequencies of sociodemographic and lifestyle habits of 428 college variables, with values of IC% and *p* for Chi Square.

Variável	Não Ansioso		Ansioso		IC% ^a	<i>p</i>
	N	Fr%	N	Fr%		
IES^a						
Pública	68	51,9	63	48,1	0,477 – 1,092	0,13
Privada	178	59,9	119	40,1		
Turma						
Ingressante	164	59,4	112	40,6	0,838 – 1,863	0,30
Concluinte	82	53,9	70	46,1		
Sexo						
Masculino	71	67,0	35	33,0	0,370 – 0,930	0,02
Feminino	175	54,3	147	45,7		
Cor						
Branca	140	53,6	121	46,4	0,447 – 0,991	0,04
Não Branca	106	63,5	61	36,5		
Com quem mora						
Sozinho	18	54,5	15	45,5	0,430 – 1,794	0,85
Acompanhado	228	57,7	167	42,3		
Atividade profissional						
Estudante	134	55,6	107	44,4	0,569 – 1,235	0,37
Estuda e Trabalha	112	59,2	75	40,1		
Estado civil						
Solteiro	187	54,7	155	45,3	0,334 – 0,912	0,02
Casado	59	68,8	27	31,4		
IMC^a						
Normal	166	55,9	131	44,1	0,531 – 1,228	0,34
Alterado	80	61,1	51	38,9		
Horas de sono por dia						
Menos de 7 horas	165	55,6	132	44,4	0,506 – 1,174	0,24
Mais de 7 horas	81	61,8	50	38,2		
Qualidade do sono						
Satisfatória	128	65,3	68	34,7	0,372 – 0,813	< 0,01
Não satisfatória	118	50,9	114	49,1		
Número de refeições/dia						
Menos de 03	23	51,1	22	48,9	0,404 – 1,392	0,42
03 ou mais	223	58,2	160	41,8		
Atividade Física						
Insuficientemente ativo	155	58,1	112	41,9	0,717 – 1,581	0,76
Ativo	91	56,5	70	43,5		
Horas de internet/tv por dia						
Menos de 04 horas	166	60,4	109	39,6	0,933 – 2,071	0,12
Mais de 04 horas	80	52,3	73	47,7		
Etilismo						
Sim	78	48,4	83	51,6	0,373 – 0,823	< 0,01
Não	168	62,9	99	37,1		
Tabagismo						
Sim	05	41,7	07	58,3	0,162 – 1,661	0,37
Não	241	57,9	175	42,1		

^aIC%=Intervalo de Confiança a 95%; IES=Instituição de Ensino Superior; IMC=Índice de Massa Corporal.

^aCI = Confidence Interval to 95%; HEI = Higher Education Institution, BMI = Body Mass Index.

Obtiveram significância estatística as correlações com as variáveis *Sexo*, *Cor*, *Estado civil*, *Qualidade do sono* e *Etilismo*. Ainda, fatores relacionados à ansiedade pela literatura apresentaram significância na relação com o perfil de ansiedade: *Insônia* ($p < 0,01$ e IC= 0,194 – 0,545), *Fadiga* ($p < 0,01$ e IC= 0,299 – 0,722), *Sensação de confusão* ($p < 0,01$ e IC= 0,09 – 0,629), *Fasciculações* ($p < 0,01$ e IC= 0,073 – 0,588) e *Medo de ficar só* ($p < 0,01$ e IC= 0,075 – 0,365).

Utilizando-se como ponto de corte $p < 0,20$ das correlações realizadas através do qui quadrado, foram selecionadas as variáveis para construção dos modelos de regressão linear simples (RLS). Na Tabela 2, encontram-se as relações que apresentaram significância estatística.

Tabela 2 - Regressão Linear Simples das correlações entre a classificação do escore do BAI e variáveis independentes, considerando os 428 universitários.

Table 2 - Simple Linear Regression correlations between the rating score of the BAI and independent variables, considering the 428 students.

Variáveis		r	R ²	F	DW ^a	p
Classificação do Escore do BAI ^a (Recategorizada)	Sexo	0,110	0,012	5,247	1,954	0,02
	Cor	0,097	0,009	4,048	1,950	0,04
	Estado civil	0,113	0,013	5,498	1,974	0,02
	Qualidade do sono	0,146	0,021	9,222	1,968	< 0,01
	Etilismo	0,142	0,020	8,745	1,941	< 0,01
	Insônia	0,212	0,045	20,112	1,968	< 0,01
	Fadiga	0,217	0,047	21,046	2,021	< 0,01
	Sensação de confusão	0,187	0,035	15,475	1,956	< 0,01
	Tremores/Fasciculações	0,197	0,039	17,153	1,961	< 0,01
	Medo de ficar só	0,241	0,058	26,158	1,950	< 0,01

^aBAI=Beck Anxiety Inventory; DW=Durbin Watson.

Através dos resultados dos coeficientes de determinação (R²), verifica-se que a variável de maior predição como interferente na classificação do escore do BAI, foi a *Medo de ficar só* (5,8%), seguida pela *Fadiga* (4,7%) e *Insônia* (4,5%). Os valores de Durbin Watson próximos a 02 indicam que os modelos propostos não sofreram autocorrelação.

Para construção da tabela de regressão linear múltipla (RLM), foram empregadas as variáveis que obtiveram significância estatística na RLS. Testaram-se 10 modelos, sendo o décimo proposto o de melhor ajuste, quando observado que o coeficiente de determinação ajustado (R^2 ajustado) aumentava e o desvio padrão do modelo diminuía. O método empregado foi o *Forward*, ou de inclusão sequencial, começando pelo modelo nulo, analisando a possível inclusão de variáveis preditoras.

Tabela 3 – Regressão linear múltipla entre a classificação do escore do BAI e variáveis independentes, considerando os 428 universitários.

Table 3 - Multiple linear regression between the classification of the BAI score and independent variables, considering the 428 students.

Variável Dependente	Variáveis Independentes	B	SE ^a	p	VIF ^a	r	R ² Ajustado	Distância máxima de Cook	F	DW ^a	p
Classificação do Escore do BAI ^a (Recategorizada)	Sexo	0,11	0,05	0,02	1,11	0,447	0,181	0,158	10,422	1,992	< 0,01
	Cor	-0,09	0,04	0,03	1,04						
	Estado civil	-0,13	0,05	0,01	1,04						
	Qualidade do sono	0,11	0,04	0,01	1,15						
	Etilismo	-0,13	0,04	< 0,01	1,08						
	Insônia	-0,14	0,05	0,01	1,10						
	Fadiga	-0,10	0,04	0,03	1,15						
	Sensação de confusão	-0,25	0,12	0,04	1,08						
	Fasciculações	-0,25	0,09	< 0,01	1,10						
	Medo de ficar só	-0,30	0,07	< 0,01	1,04						

^aBAI=Beck Anxiety Inventory; SE=Erro padrão; VIF=Fatores de inflação da variância; DW=Durbin Watson.

^bBAI = Beck Anxiety Inventory, SE = standard error; VIF = variance inflation factors; DW = Durbin Watson

Todas as correlações do modelo proposto foram estatisticamente significativas, além de o modelo apresentar predição de interferência no escore do BAI de 18,1%. Os valores dos fatores de inflação da variância (VIF) abaixo de 05 indicam não haver multicolinearidade no modelo, confirmado pelos baixos valores dos erros padrões.

A distância máxima de Cook com valor menor que 01 é sugestivo da ausência de valores influentes no modelo e o resultado do Durbin Watson sinaliza a não ocorrência de autocorrelação.

As comparações das médias obtidas no escore do BAI estão estruturadas na Tabela 4, onde houve comparações significantes nos grupos das variáveis *Curso*, *Estado civil*, *IMC*, *Horas de sono por dia*, *Qualidade do sono*, *Número de refeições por dia*, *Horas de internet/tv por dia*, *Etilismo* e *Tabagismo*.

A amostra apresentou escore médio com pontuação de $14,97 \pm 9,91$ (mínimo 00 – máximo 51) e os grupos de maiores escores foram curso de farmácia, qualidade do sono não satisfatória, consumir menos de 03 refeições por dia e ser tabagista. Ainda, em análise intragrupos, verificada através do Teste de Tukey, observou-se diferença estatística na comparação das médias dos universitários eutróficos com os que apresentaram sobrepeso ($p=0,02$).

Com relação aos medicamentos de uso contínuo 20,1% (86) declaram consumir ao menos 01 medicamento, sendo citadas 32 substâncias diferentes, das quais o uso de algum anticoncepcional oral (45 – 43,3%) foi o mais prevalente, seguidos pela dipirona (08 -7,7%) e Levotiroxina sódica (08 – 7,7%).

Dos universitários classificados com perfil ansioso (182 – 42,5%), apenas 5,5% (10) declararam estar sob acompanhamento psicoterapêutico e 8,8% (16) relataram uso de ao menos um ansiolítico, sendo o mais prevalente o Alprazolam (10 – 41,7%).

Dos discentes que fazem uso de BZD e/ou ISRS, 81,0% (17) obtiveram através de notificação de receita ou receituário de controle especial, 85,7% (18) adquiriram em drogarias, 90,5% (19) utilizam há mais de seis semanas e 57,1% (12) declararam ter recebido orientação para a descontinuação do tratamento.

Questionados sobre a prática de automedicação, 47,4% (203) dos universitários declararam consumir medicamentos sem prescrição médica e/ou orientação de profissional farmacêutico. Esse costume foi mais prevalente nos cursos de Farmácia (22 – 61,1%), Odontologia (23 – 53,5%) e Educação Física (26 – 50,0%).

Das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), a fitoterapia (22 – 35,48%) foi a mais frequentemente citada para tratar sintomas de ansiedade, onde 14,48% (62) do total de discentes referiram ao menos uma das práticas questionadas (fitoterapia, plantas medicinais, acupuntura e homeopatia).

Na Tabela 5, encontram-se as informações sobre tratamentos e uso de medicamentos, estando às substâncias classificadas de acordo com o primeiro nível do *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC).

Tabela 4 - Comparação de médias do escore BAI entre as variáveis independentes, com valores médios, desvio padrão e IC% para médias, considerando os 428 participantes.

Table 4 – Comparison of average BAI score between the independent variables, with mean values, standard deviation and CI% for medium, considering the 428 participants.

Variáveis		N	Escore do BAI Média ± DP (IC% ^a)	p
IES^a				
	Pública	131	15,97 ± 9,34 (14,34 – 17,59)	0,16
	Privada	297	14,53 ± 10,13 (13,37 – 15,69)	
Curso				
	Educação Física	52	13,35 ± 9,94 (10,58 – 16,11)	0,04
	Enfermagem	107	14,07 ± 9,68 (12,22 – 15,93)	
	Farmácia	36	17,97 ± 8,18 (15,20 – 20,74)	
	Odontologia	43	17,47 ± 8,95 (14,71 – 20,22)	
	Fisioterapia	99	16,26 ± 10,86 (14,10 – 18,43)	
	Nutrição	54	12,80 ± 10,86 (10,52 – 15,07)	
	Biomedicina	37	13,76 ± 11,47 (9,93 – 15,91)	
Sexo				
	Masculino	106	13,75 ± 9,08 (12,00 – 15,49)	0,14
	Feminino	322	15,38 ± 10,15 (14,26 – 16,49)	
Estado civil				
	Solteiro	342	15,56 ± 9,91 (14,51 – 16,62)	0,01
	Casado	86	12,63 ± 9,63 (10,56 – 14,69)	
IMC^a				
	Baixo peso	35	14,54 ± 10,47 (11,57 – 18,72)	0,04
	Normal	297	15,66 ± 10,09 (14,51 – 16,81)	
	Sobrepeso	78	12,10 ± 8,21 (10,25 – 13,95)	
	Obesidade	18	15,72 ± 11,22 (10,14 – 21,31)	
Horas de sono por dia				
	Menos de 07 horas	297	15,85 ± 9,89 (14,72 – 16,98)	< 0,01
	Mais de 07 horas	131	12,98 ± 9,69 (11,30 – 14,65)	
Qualidade do sono				
	Satisfatória	196	13,02 ± 9,33 (11,70 – 14,33)	< 0,01
	Não satisfatória	232	16,63 ± 10,10 (15,32 – 17,93)	
Número de refeições por dia				
	Menos de 03	45	18,49 ± 11,40 (15,06 – 21,92)	0,01
	03 ou mais	383	14,56 ± 9,65 (13,59 – 15,53)	
Horas de Internet/tv por dia				
	Menos de 04 horas	275	14,18 ± 9,69 (13,03 – 15,33)	0,02
	Mais de 04 horas	153	16,40 ± 10,17 (14,77 – 18,02)	
Etilismo				
	Sim	161	16,57 ± 10,25 (14,97 – 18,16)	0,01
	Não	267	14,01 ± 9,59 (12,86 – 15,17)	
Tabagismo				
	Sim	12	21,75 ± 15,84 (11,69 – 31,81)	0,01
	Não	416	14,78 ± 9,91 (14,03 – 15,91)	

^aIC%=Intervalo de Confiança ; IES=Instituição de Ensino Superior; IMC=Índice de Massa Corporal.

^aCI% = confidence interval; HEI = Higher Education Institution, BMI = Body Mass Index.

Tabela 5 – Uso de medicamentos e acompanhamento psicoterapêutico entre os universitários das IES pública e privada, considerando N=428.

Table 5 – Use of medication and psychotherapy monitoring among college of public and private HEIs, considering N = 428.

	IES ^a Pública		IES Privada	
	N	Fr%	N	Fr%
Tratamento Psicoterapêutico				
Sim	05	1,2	07	1,6
Não	126	29,4	290	67,8
Uso de ansiolítico				
Sim	09	2,1	12	2,8
Não	122	28,5	285	66,6
Linha de Tratamento*				
Benzodiazepínico	09	42,9	05	23,8
ISRS ^a	-	-	05	23,8
BZD ^a + ISRS	-	-	02	9,5
Aquisição do ansiolítico*				
Drogaria	09	42,9	09	42,9
Familiares/Amigos	-	-	03	14,3
Tempo de uso*				
Menos de 06 semanas	-	-	02	9,5
Mais de 06 semanas	09	42,9	10	47,6
Informação para descontinuação*				
Sim	06	28,6	06	28,6
Não	03	14,3	06	28,6
Automedicação				
Sim	71	16,6	132	30,8
Não	60	14,0	165	38,6
PIC^a				
Fitoterapia	08	1,9	14	3,3
Planta medicinal	05	1,2	13	3,0
Acupuntura	01	0,2	13	3,0
Homeopatia	01	0,2	07	1,6
Medicamentos de uso contínuo				
Sim	26	6,1	60	14,0
Não	105	24,5	237	55,4
Classificação ATC dos medicamentos de uso contínuo (N=103)				
<i>A – Trato alimentar e metabolismo</i>	09		8,7%	
<i>C – Sistema cardiovascular</i>	08		7,7%	
<i>D – Dermatológicos</i>	02		1,9%	
<i>G – Hormônios sexuais</i>	45		43,3%	
<i>H – Preparações hormonais</i>	12		11,5%	
<i>M – Sistema músculo-esquelético</i>	07		7,2%	
<i>N – Sistema nervoso</i>	13		12,5%	
<i>R – Sistema respiratório</i>	07		7,2%	

^aIES=Instituição de ensino superior; BDZ=Benzodiazepínico; ISRS=Inibidor seletivo da recaptação de serotonina; PIC=Práticas integrativas e complementares; ACT= Anatomical Therapeutic Chemical –Nível 1.

* N=21, correspondente aos universitários que fazem uso de ansiolíticos.

^aIES=institution of higher education; BZD = Benzodiazepines, SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor;

PIC = complementary and integrative practices. ATC= Anatomical Therapeutic Chemical – first level.

* N = 21, corresponding to universities that make use of anxiolytics;

DISCUSSÃO

Os transtornos de ansiedade têm aumentado expressivamente desde o século passado, associados às transformações ocorridas no âmbito econômico e cultural, acompanhadas por pressões de uma sociedade tecnológica, moderna e mais competitiva.²⁰

Diversos fatores ansiogênicos permeiam a vida de estudantes universitários como a apreensão em relação ao futuro e horas desordenadas de sono. Para alguns autores, um nível baixo de ansiedade, em proporções fisiológicas, pode ajudar na aprendizagem, enquanto que sintomas moderados e graves dificultam o processo.^{21,22}

Os níveis de ansiedade encontrados no estudo foram semelhantes a outros levantamentos junto a universitários, onde discentes com perfis moderado e grave representaram pouco mais de um terço da amostra.^{23,24}

Estes universitários, possivelmente, apresentam uma redução da cognição, atenção seletiva e codificação de informações na memória, bloqueando raciocínio e compreensão, dificultando o desempenho em geral, quando comparados aos universitários não ansiosos.²⁶

A relação entre ansiedade e o sexo feminino, como encontrado no estudo, é uma associação esperada, verificada também por outros autores,^{26,27} no entanto, nem sempre essa correlação é estabelecida.²⁸ Verificou-se que os universitários que se declararam brancos apresentaram uma maior prevalência de perfis ansiosos ($p=0,04$); nos estudos consultados, não foram encontrados resultados que verificassem esta associação entre universitários.

Gama, Araújo e Teixeira-Silva²⁷ de forma semelhante encontraram que os solteiros são mais ansiosos do que os universitários casados e que a relação entre apresentar perfil ansioso com os discentes que estudavam e trabalhavam comparados aos que apenas estudavam, não foi estatisticamente significante.

Com relação ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, os universitários que experienciam mais desses eventos adversos na vida, estão mais propensos a manifestarem maiores índices de ansiedade e outros transtornos comportamentais.²⁹ Observou-se que os universitários que declararam consumir bebidas alcoólicas foram mais ansiosos e os fumantes obtiveram as maiores médias de escore do inventário de ansiedade.

A qualidade do sono parece ser um dos fatores mais associáveis à ansiedade dos universitários do estudo, já que as relações verificadas nos testes realizados foram todas de significância estatística, em consonância com estudo onde se verificou o ciclo sono-vigília de universitários, no qual a irregularidade deste processo devido aos horários escolares e as demandas acadêmicas pareceram contribuir para aumentar o estado de ansiedade.³⁰

A prevalência de universitários com perfil ansioso que estavam ou já haviam feito acompanhamento psicoterapêutico foi diferente da observada por Cerchiari, Caetano e Faccenda,⁷ quando menos de um quarto procurou ajuda profissional.

Observando o uso de ansiolíticos, apenas um décimo dos universitários com perfil ansioso fazia uso de ao menos um medicamento. Em estudo no estado de São Paulo, foi verificada uma proporção semelhante de universitários ansiosos sob tratamento com ansiolíticos, entretanto, comparando o recebimento de alguma informação sobre o tratamento medicamentoso, a referência neste estudo foi quase três vezes maior.²⁴

A classe de ansiolítico mais prevalente foi a dos BDZ, que no Brasil, culturalmente ainda é a primeira linha de tratamento para os transtornos de ansiedade mais comuns, em detrimento ao uso dos agentes que afetam o sistema serotoninérgico, incluindo os ISRS, que estão surgindo como tratamento de primeira escolha pela efetividade e por serem considerados equipotentes aos BDZ.³¹

Os BDZ proporcionam respostas de melhora muito rápidas, possivelmente essa característica favoreça a sua popularidade nas prescrições. Entretanto, com a utilização destes

fármacos em longo prazo deve ser considerada a relação entre riscos e benefícios, já que a administração superior a seis semanas favorece o surgimento de tolerância e síndrome de abstinência. Este fator, talvez seja o mais decisivo quando da interrupção da descontinuação do tratamento, induzindo ao usuário prolongar sua utilização.^{31,32} Quase todos os usuários de BZD do estudo utilizavam o medicamento de forma cronicada, o que possivelmente favorecerá o surgimento dos problemas citados acima.

A ansiedade surge de forma sutil e até que seus sintomas se agravem pode passar despercebida pelo indivíduo, que aos poucos vai perdendo a capacidade adaptativa. Assim, o ansioso tende a superestimar a probabilidade de perigo real, subestimando sua capacidade de enfrentar as ameaças a seu bem-estar físico e psicológico.

Um ponto a ser tratado com mais atenção é acerca do uso de medicamentos, por vezes irracional, sem indicação e orientação de profissional habilitado. A automedicação foi frequentemente relatada, mesmo sendo profissionais da saúde em formação. Talvez, por esse motivo, estes universitários tenham a ilusão de estarem aptos a se medicarem, com aparente segurança e livres dos problemas relacionados a medicamentos associados a esta prática.

A atenção à saúde mental do segmento populacional estudado deve ser priorizada, para melhoria da qualidade de vida dos universitários, já que os resultados indicam que quase a metade da amostra apresenta perfil ansioso moderado ou grave.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de mestrado concedida ao primeiro autor.

REFERÊNCIAS

1. Castilho ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(2 suppl):20-23.
2. Cabral R, Nardi AE. Anxiety and inhibition of panic attacks within translational and prospective research contexts. *Trends Psychiatry Psychother* 2012;34(2):62-72.
3. Jadoon NA, Yaqoob R, Raza A, Shehzad MA, Zeshan SC. Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. *JPMA Pakistanmed assoc* 2010;60(8):699-702.
4. Andrade LHSG, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiq Clin* 1998;25(6):285-290.
5. Oliveira MA, Duarte AMM. Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2004;6(2):183-199.
6. Sgaribold AR, Puggina ACG, Silva MJP. Análise da percepção dos professores em relação aos sentimentos dos alunos em sala de aula. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(5):1206–1212
7. Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estud Psicol* 2005;10(3):413-420.
8. Automedicação [editorial]. *Rev Ass Med Brasil* 2001;47(4):269-95.
9. Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. Goodman & Gilman - As bases da Terapêutica Farmacológica. 11 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2007.
10. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm* 2005;13(n esp):896-902.
11. Santos LF, Osório FL, Loureiro SR, Hallak JEC, Crippa JAS. Tratamentos farmacológicos para o transtorno de ansiedade social: existem novos parâmetros na atualidade? *Rev Psiquiatr Clín* 2011;38(6):238-246.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
13. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J consult clin psychol* 1988;56(6):893-897.
14. Quintão S, Delgado AR, Pietro G. Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rash Rating Scale Model. *Psicol Reflex Crit* 2013;26(2):305-310.

15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva (SWZ): WHO, 2004.
16. Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(1):46-52.
17. Sousa CA, César, CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, Marchioni DML, Fisberg RM. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(2):270-282.
18. World Health Organization. Global status report on alcohol. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva (SWZ): WHO, 2011.
19. Freitas ERFS, Araújo ECLS, Alves KS. Influência do tabagismo na força muscular respiratória em idosos. *Foster Pesqui* 2012;19(4):326-331.
20. Ferreira CL, Almondes KM, Braga LP, Mata ANS, Lemos CA, Maia EMC. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. *Cien saúde colet* 2009;14(3):973-981.
21. Dehghan-nayeri N, Adib-Hajbaghery M. Effects of progressive relaxation on anxiety and quality of life in female students: A non-randomized controlled trial. *Alternat Complement Ther* 2011;19:194-200.
22. Melincavage SM. Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. *Nurse Educ Today* 2011;31:785-789.
23. Prado JM, Kurebayashi LFS, Silva MJP. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;48(6):1200-1208.
24. Marchi KC, Bárbaro AM, Miasso AI, Tirapelli CR. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. *Rev Eletr Enf [online]* 2013;15(3):731-739.
25. Oliveira KL, Santos AAA, Cruvinel M, Neri AL. Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre Grupos de Idosos. *Psicologia em Estudo* 2006;11(2):351-359.
26. Pigott TA. Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am* 2003;26(3):621-72.
27. Gama MMA, Moura GS, Araújo RF, Teixeira-Silva F. Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracajú (SE). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2008;30(1):19-24.
28. Fernade SCS, Souza VH. Análise da ansiedade e depressão para uma amostra não clínica. *Psicologia em foco* 2009;2(1):39-47.
29. Osse CMC, Costa II. Saúde mental e qualidade de vida na moradia estudantil da Universidade de Brasília. *Estud Psicol (Campinas) [online]* 2011;28(1):115-122.

30. Almondes KM, Araújo JF. Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estud Psicol (Natal)* 2003;8(1):37-43.
31. Braga JFE, Pordeus LC, Silva ATMC, Pimenta FCF, Diniz MFFM, Almeida RN. Ansiedade patológica: bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. *R Bras Ci Saúde* 2010;14(2):93-100
32. Santos LF, Osório FL, Loureiro SR, Hallak JEC, Crippa JAS. Tratamentos farmacológicos para o transtorno de ansiedade social: existem novos parâmetros na atualidade? *Rev Psiquiatr Clín* 2011;38(6):238-246.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade é um estado presente em todos os indivíduos que, fisiologicamente, favorece à capacidade adaptativa do organismo ao meio vivente, desde que não interfira na qualidade de vida, dificultando as relações interpessoais e atividades do cotidiano.

No estudo, foi possível observar que mais da metade da amostra apresentava um perfil ansioso e, majoritariamente, sem acompanhamento psicoterapêutico, por parte de um profissional habilitado.

Ainda, foi possível associar positivamente os universitários com perfil ansioso e o sexo feminino, cor da pele branca, estado civil solteiro, qualidade do sono não satisfatória e ao consumo de bebidas alcoólicas, observando-se altas médias no escore do inventário de ansiedade para os fumantes e significância estatística na comparação das médias dos escores entre os cursos de saúde participantes.

O estudo sugere que, aparentemente, não há diferenças entre os universitários de instituições de ensino pública e privada, ou serem de turmas ingressantes ou concluintes, para as associações com perfis ansiosos, o que pode indicar que o ambiente acadêmico é um universo ansiogênico como um todo, sem diferenças para o tipo de instituição ou período de graduação.

Apesar de o estudo envolver futuros profissionais de saúde, responsáveis por orientar a população em geral, sobre hábitos e práticas que fomentem o bem-estar, observou-se uma alta prevalência de automedicação, prática esta responsável por parcela considerável dos casos de intoxicação no país.

É sugestiva a criação de políticas voltadas para a saúde mental dos universitários, envolvendo acompanhamentos cognitivo-comportamentais quando necessário e promover e incentivar campanhas para conscientização sobre o risco do uso inadequado de substâncias entorpecentes e psicotrópicas e de medicamentos em geral.

Para tanto, a divulgação dos resultados nas IES participantes, com resultados específicos de cada curso, podem ajudar aos serviços de assistência à saúde disponibilizados para a comunidade, como os promovidos pela clínica de psicologia da UEPB, a traçar estratégias de irradiação do serviço de acompanhamento psicoterapêutico e, mais especificamente, aos departamentos dos cursos de farmácia, caberia, por exemplo, formulação de campanhas periódicas de combate ao uso irracional de medicamentos nos Campus Universitários.

6. REFERÊNCIAS

1. Vianna RB, Campos AA, Landeira-Fernandez J. Histórico, diagnóstico e epidemiologia da ansiedade infanto-juvenil. *Rev Bras Ter Cogn.* 2010;6(2):37-57.
2. Landeira-Fernandez J, Cruz APM. Medo e dor e a origem da ansiedade e do pânico. In: Landeira-Fernandez J, Silva MTA, organizadores. *Intersecções entre Neurociência e Psicologia.* Rio de Janeiro: Editora MedBook; 2007. p.222-27.
3. Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and change-of-on set of psychiatric disorders in the São Paulo metropolitan area, Brazil: Results from the São Paulo megacity mental health survey. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:249-260.
4. Cabral R, Nardi AE. Anxiety and inhibition of panic attacks within translational and prospective research contexts. *Trends Psychiatry Psychother.* 2012;34(2): 62-72.
5. Dractu L, Lader M. Ansiedade - conceito, classificação e biologia: uma interpretação contemporânea da literatura. *J Bras Psiquiatr.* 1993;42(1):19-32.
6. Braga JFE, Pordeus LC, Silva ATMC, Pimenta FCF, Diniz MFFM, Almeida RN. Ansiedade patológica: bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. *R Bras Ci Saúde.* 2010;14(2):93-100.
7. Andrade LHS, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *RevPsiqClin.* 1998;25(6):285-290.
8. American Psychiatric Association (US). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington (DC); 1994.
9. Jadoon NA, Yaqoob R, Raza A, Shehzad MA, Zeshan SC. Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. *JPMA Pakistanmed assoc.* 2010;60(8):699-702.
10. Twenge JM. The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *J perssocpsychol.* 2000;79(2):1007-1021.
11. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, Reigier DA. Life-time prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arc Gen Psychiatric.* 1984;41(5):949-958.
12. Davidson J, Connor KM. Social anxiety disorder: a treatable condition. *Drug Benefit Trends.* 1999;11(2):1-4.
13. Oliveira KL, Santos AAA, Cruvinel M, Neri AL. Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre Grupos de Idosos. *Psicol Estud.* 2006;11(2):351-359.
14. Carobrez, AP. Transmissão pelo glutamato como alvo molecular na ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(2 suppl):52-58.
15. Kauer-Santana M, Lavinsky M, Wolf R, Aguiar D, Kapczinski F. O papel do sistema dopaminérgico na fobia social. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):50-52.
16. Claderón P, Gutiérrez J R, Velazco J J. *Farmácia Hospitalária.* Madrid: SEFH; 2003.
17. Williams WA, Potenza, MN. Neurobiologia dos transtornos do controle do impulso. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1 suppl):524-530.
18. Devlin TM. *Manual de bioquímica com correlações clínicas.* 7 ed. São Paulo: Edgard Blucher; 2011.

19. Ferreira CL, Almondes KM, Braga LP, Mata ANS, Lemos CA, Maia EMC. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):973-981.
20. Sgaribold AR, Puggina ACG, Silva MJP. Análise da percepção dos professores em relação aos sentimentos dos alunos em sala de aula. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1206-1212.
21. Rorigues MES, Silveira TB, Jansen K, Cruzeiro ALS, Ores L, Pinheiro RT et al. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. *Psico-USF*. 2012;17(1):53-62.
22. Peng ZW, Lam LT, Jin J. Factors associated with social interaction anxiety among Chinese adolescents. *East Asian archives of psychiatry*. 2011;21(4):135-41.
23. Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estud Psicol*. 2005;10(3):413-420.
24. Prado JM, Kurebayashi LFS, Silva MJP. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;48(6):1200-1208.
25. Levitan MN, Chagas MHN, Crippa JAS, Manfro GG, Hetem LAB, Andrada MC et al. Diretrizes da Sociedade Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(3):292-302.
26. Bittencourt AS, Lucena-Santos P, Moraes JFD, Oliveira MS. Anxiety and depression symptoms in women with and without binge eating disorder enrolled in weight loss programs. *Trends Psychiatr Psychother*. 2012;34(2):87-92.
27. Tsenkova VK, Albert MA, Georgiades A, Ryff CD. Trait anxiety and glucose metabolism in people without diabetes: vulnerabilities among black women. *Diabetic medicine*. 2012;29(6):803-806.
28. Damen NL, Pelle AJ, Szabó BM, Pedersen SS. Symptoms of anxiety and cardiac hospitalizations at 12 months in patients with heart failure. *J genintern med*. 2012;27(3):345-350.
29. Sardinha A, Nardi, AE, Zin WA. Ataques de pânico são realmente inofensivos? O impacto cardiovascular do transtorno de pânico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(1):57-62.
30. Fissmer JPW, Garanhani RR, Sakae TM, Traebert JL, Soar Filho, EJ. Relação entre ansiedade e bruxismo em acadêmicos de odontologia. *ACM arqcatarin med*. 2008;37(1):25-29.
31. Gomes MM, Quinhones MS, Engelhardt E. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Rev Bras Neurol*. 2010;46(1):5-15.
32. Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):46-52.
33. Taenzer P, Melzack R, Jeans ME. Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain*. 1986;24(3):331-42.
34. Helena L, Andrade SG, Gorensteins C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(6):285-290.
35. Robinson OJ, Overstreet C, Letkiewicz A, Grillon C. Depressed mood enhances anxiety to unpredictable threat. *Psychol med*. 2012;42(7):1397-407.

36. Conselho Federal de Psicologia. Sistema de avaliação de testes psicológicos. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia; 2003. [Citado 8 Jun 2013]. Disponível em: <http://www.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm?lista2=sim>.
37. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J consult clin psychol*. 1988;56(6):893-897.
38. Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Examination of the validity of the Beck anxiety inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2006;20:444-458.
39. Mululo SCC, Menezes GBD, Fontenelle L, Versiani M. Eficácia do tratamento cognitivo e / ou comportamental para o transtorno de ansiedade social. *Rev Psiquiatr Rio GdSul*. 2009;31(21):177-186.
40. Koen N, Stein DJ. Pharmacotherapy of anxiety disorders: a critical review. *Dialogues clinneurosci*. 2011;13(4):423-37.
41. Davidson JR. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: what does the evidence tell us? *J Clin Psychiatry*. 2006;67(1):21-26.
42. Nordon DG, Akamine K, Novo NF, Hübner CVK. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31(3):152-158.
43. Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. Goodman & Gilman - As bases da Terapêutica Farmacológica. 11 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2007.
44. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(n esp):896-902.
45. Santos LF, Osório FL, Loureiro SR, Hallak JEC, Crippa JAS. Tratamentos farmacológicos para o transtorno de ansiedade social: existem novos parâmetros na atualidade? *Rev Psiquiatr Clín*. 2011;38(6):238-246.
46. Morais ICO, Brito MT, Mariz SR, Fook SML, Rabello IP, Oliveira FN. Perfil epidemiológico das intoxicações medicamentosas registradas pelo Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande (PB) no período de 2005 a 2007. *Rev Bras Farm*. 2008;89(4):352-357.
47. Sales LF, Silva MJP. Efeito das essências florais em indivíduos ansiosos. *ACTA PaulEnferm*. 2012;25(2):238-242.
48. Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopáticos (BR). Manual de normas técnicas para o preparo de essências florais. São Paulo; 2009.
49. Faustino TT, Almeida RBD, Adreatini R. Plantas medicinais no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão dos estudos clínicos controlados. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(4):429-436.
50. Cornwell BR, Müller SC, Kaplan R, Grillon C, Ernest M. Anxiety, a benefit and detriment to cognition: behavioral and magnetoencephalographic evidence from a mixed-saccade task. *Brain Cogn*. 2012;78(3):257-267.
51. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

52. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc e Saúde Coletiva*. 2010;15(3 supl):3561-3567.
53. Bittencourt MO, Cruz MS, Castilho SR. Problemas com a utilização de medicamentos: estudo piloto em hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro. *Rev Bras Farm*.2004;85(2):37-39.
54. Organização Pan-Americana de Saúde. A importância da farmacovigilância: Monitorização da segurança dos medicamentos. Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. Genebra (SWZ): OPAS; 2005.
55. Ministério da Saúde (BR), Setor de Vigilância Sanitária. Portaria 344, 12 de maio de 1998. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
56. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J consult clin psychol* 1988;56(6):893-897.
57. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva (SWZ): WHO, 2004.
58. Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(1):46-52.
59. Sousa CA, César, CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, Marchioni DML, Fisberg RM. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(2):270-282.
60. World Health Organization. Global status report on alcohol. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva (SWZ): WHO, 2011.
61. Freitas ERFS, Araújo ECLS, Alves KS. Influência do tabagismo na força muscular respiratória em idosos. *Fioster Pesqui* 2012;19(4):326-331.
62. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical Classification. Oslo (NOR): ATC; 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



“PERFIL DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE”

AUTOR: *RÔMULO MOREIRA DOS SANTOS*

ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões

TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, _____, cidadão brasileiro, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa “**Perfil de Ansiedade em Estudantes Universitários de Cursos da Área da Saúde**” sob a responsabilidade da pesquisadora Professora Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado (a) pelo pesquisador, de que:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de pensarmos e discutirmos sobre a utilização racional de medicamentos e obtenção de dados referentes ao perfil de ansiedade em universitários.
2. Seu objetivo é estudar o uso de medicamentos e substâncias ansiolíticas e o perfil e gravidade da ansiedade apresentada por universitários de cursos de saúde.
3. Minha participação é voluntária, sendo garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais, tendo o direito à desistência a qualquer momento sem risco de penalização.
4. Caso sinta a vontade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (83) 8872-1471; (83) 9946-9906.
5. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Participante

Autor ou Coordenadora da Pesquisa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



“PERFIL DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE”

AUTOR: RÔMULO MOREIRA DOS SANTOS

ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões

PARTE 1

Data: ___/___/____ (dia/mês/ano)

- Quest1. Curso matriculado: Enfermagem³ Fisioterapia⁷ Nutrição⁸ Biomedicina⁹
- Quest2. Ano de curso: Inicial¹ Final²
- Quest3. Sexo: Masculino¹ Feminino²
- Quest4. Data de Nascimento: ___/___/____ (dia/mês/ano) – Idade: _____ (anos)
- Quest5. Cor: Branco¹ Não branco²
- Quest6. Local de Residência: Campina Grande¹ Outra² _____
- Quest7. Unidade Federativa de origem (Estado): _____
- Quest8. Atividade Profissional: Estuda¹ Estuda e Trabalha²
- Quest9. Você mora: Sozinho¹ Com os pais² Outros familiares³ Amigos⁴
- Quest10. Estado Civil: Solteiro¹ Casado/União Estável² Divorciado³ Viúvo⁴
- Quest11. Altura: _____(m) Peso: _____(Kg)
- Quest12. Horas de sono por dia: Menos de 7h¹ Mais de 7h²
- Quest13. Você classifica a qualidade do seu sono como:
 Satisfatória¹ Não satisfatória²
- Quest14. Número de refeições por dia: Menos de 3¹ Entre 3-5² Mais de 5³
- Quest15. Condições de saúde: Hipertensão Diabetes Hipertireoidismo
 Nenhuma Outro⁴ _____
- Quest16. Prática de atividades físicas:
 ¹Menos de 30 minutos diários em 5 dias na semana de atividade moderada nas horas de lazer.

²Mais de 30 minutos diários em 5 dias na semana de atividade moderada ou 20 minutos diários em 3 dias na semana de atividade vigorosa nas horas de lazer.

Quest17. Horas de internet/televisão por dia: Menos de 4h¹ Mais de 4h²

Quest18. Já fez uso de: Maconha Cocaína Crack Loló Lança-perfume
Cola Ecstasy Nenhuma

Quest19. Consome bebidas alcoólicas: Sim¹ Não²

- Se sim, responda com base na última semana, considerando como dose/garrafa = 350mL de cerveja ou 150mL de vinho ou 40mL destilados:

Até 3 doses (destilados) ou garrafas (fermentados)¹

Entre 3 - 7 doses (destilados) ou garrafas (fermentados)²

Acima de 7 doses (destilados) ou garrafas (fermentados)³

Quest20. Você fuma/é tabagista: Sim¹ Não²

- Considere-se fumante se fizer uso de qualquer quantidade de tabaco diariamente, há pelo menos seis meses.

Quest21. Apresenta alguma dessas características: Insônia Fadiga Confusão
Fasciculações Medo de ficar só Diminuição da coordenação motora Nenhuma

Quest22. Faz acompanhamento psicológico/psiquiátrico: Sim¹ Não²

Quest23. Faz uso de ansiolíticos (medicamentos para tratar a ansiedade): Sim¹ Não²

(Se "Não", passe para a Quest28)

- Qual: _____

Quest24. Foi prescrito: Sim¹ Não²

Quest25. Onde comprou/recebeu: Farmácia/Drogaria¹ Posto de Saúde²
Famíliares/amigos³

Quest26. Tempo de uso: _____

Quest27. Recebeu orientação para descontinuação do tratamento: Sim¹ Não²

Quest28. Uso regular de outros medicamentos: Sim¹ Não²

Qual(is): _____

Quest29. Você pratica automedicação: Sim¹ Não²

Quest30. Já fez uso de alguma dessas práticas para diminuir a ansiedade:

Fitoterapia Plantas medicinais Acupuntura Homeopatia Nenhuma

ANEXOS

ANEXO I – BECK ANXIETY INVENTORY (BAI)

Inventário de Ansiedade de Beck

Indique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, circulando ou marcando um “x” sobre o número da coluna que mais claramente corresponde à situação descrita.

Opções: 0 – Nem um pouco; 1 – Ligeiramente (Não me incomodava muito); 2 – Moderadamente (Era muito desagradável, mas eu aguentava); 3 – Severamente (Insuportável).

		NEM UM POUCO	LIGEIRAMENTE	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
N	1. Dormência ou formigamento	0	1	2	3
A	2. Sensação de calor	0	1	2	3
N	3. Pernas inquietas	0	1	2	3
S	4. Dificuldade em relaxar	0	1	2	3
S	5. Medo de acontecer o pior	0	1	2	3
N	6. Tonturas ou vertigens	0	1	2	3
P	7. Dor no peito ou palpitações	0	1	2	3
N	8. Inseguro ou indeciso	0	1	2	3
S	9. Amedrontado	0	1	2	3
S	10. Nervoso ou apreensivo	0	1	2	3
P	11. Sensação de asfixia ou “nó na garganta”	0	1	2	3
N	12. Mãos trêmulas	0	1	2	3
N	13. Cansaço	0	1	2	3
S	14. Medo de perder o controle	0	1	2	3
P	15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3
P	16. Medo de morrer	0	1	2	3
S	17. Assustado	0	1	2	3
A	18. Indigestão ou desarranjo intestinal	0	1	2	3
N	19. Desmaio	0	1	2	3
A	20. Rubor facial ou sensação de calor	0	1	2	3
A	21. Sudorese (não devido ao calor)	0	1	2	3
Total					

ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



PARECER DO RELATOR: (15)

Número do Protocolo emitido pela Plataforma Brasil: 16902013.5.0000.5187

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 05 de junho de 2013.

Pesquisador(a) Responsável: Rômulo Moreira dos Santos

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: “PERFIL DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE”, segue as normas, com referências atualizadas, boa justificativa e bem elaborado.

Objetivo da Pesquisa: Tem como Objetivo Geral: “Determinar as características dos universitários da área de saúde com transtorno de ansiedade e/ou uso de ansiolíticos”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: O projeto não apresenta riscos. Este projeto apresenta benefícios uma vez que avalia o níveis de ansiedade estudantes sob pressão acadêmico, detectando desta forma possíveis transtornos psiquiátricos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O estudo apresenta uma fundamentação teórica coerente atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

Recomendações: Divulgar estes resultados dentro das instituições onde será realizada a pesquisa, bem como academicamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se sem pendências ou inadequações, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

Situação do parecer:

Aprovado (X)

Pendente ()

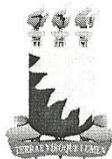
Retirado () – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

Não Aprovado ()

Cancelado () - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

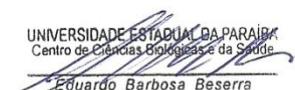
ANEXO III – TERMO INSTITUCIONAL UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins de direito que autorizamos o aluno **RÔMULO MOREIRA DOS SANTOS** a realização da pesquisa “PERFIL DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE”, sob a responsabilidade da Prof^ª. Mônica Oliveira da Silva Simões, durante período correspondente a maio/dezembro de 2013.

Campina Grande, 25 de abril de 2013.

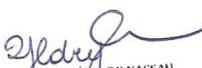
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Eduardo Barbosa Beserra
Diretor do CCBS
Mat. 121219-2

ANEXO IV – TERMO INSTITUCIONAL FMN



Declaração

Autorizo para os devidos fins a coleta de dados da pesquisa **Perfil de Ansiedade em estudantes Universitários de Cursos da Área da Saúde**, do mestrando *Rômulo Moreira dos Santos*, sob orientação da Profª Dra. Monica Oliveira da Silva Simões. Após envio ao CEP, os pesquisadores deverão entregar a cópia de aprovação da pesquisa a esta IES. Ao término da análise dos dados, fica necessária a devolução dos mesmos por parte dos pesquisadores.



FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU
Yldry Pessoa
Diretora de Unidade
Município de Campina Grande - PB.

Profª Yldry Souza Ramos Queiroz Pessoa
Diretora da Unidade de Campina Grande/PB

ANEXO V – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA
BRAZILIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Powered by Editorial Manager

HOME • LOGOUT • HELP • REGISTER • UPDATE MY INFORMATION • JOURNAL OVERVIEW
MAIN MENU • CONTACT US • SUBMIT A MANUSCRIPT • INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Role: Author Username: romuloms English

Submissions Being Processed for Author **Rômulo Moreira Santos, Especialist**

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

Action ▲	Manuscript Number ▲▼	Title ▲▼	Initial Date Submitted ▲▼	Status Date ▲▼	Current Status ▲▼
View Submission Correspondence Send E-mail		Perfil de ansiedade em universitários concludentes de cursos de saúde	17/02/2014	17/02/2014	Manuscript Submitted

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

<< Author Main Menu