

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

CURSO DE PSICOLOGIA

GABRIELA CATEL ABRAHAMIAM ASFORA E MARINA CARVALHO DE
MOURA

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO E USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS**

RECIFE
2017

Gabriela Catel Abrahamian Asfora

Marina Carvalho de Moura

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO E USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS**

Projeto de Pesquisa do Departamento
De Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Recife
Junho/2017

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	05
II. MODELO TEÓRICO.....	10
III. JUSTIFICATIVA	11
IV. OBJETIVOS	13
4.1. Objetivo Geral	13
4.2. Objetivos Específicos	13
V. MÉTODO	14
5.1 Desenho do estudo	14
5.2 Local do estudo	14
5.3 Período do estudo	14
5.4 Critérios de elegibilidade	14
5.5 Coleta de dados	14
5.6 Instrumentos de coleta de dados	15
5.7 Processamento e Análise dos Dados	15

5.8 Aspectos Éticos	14
VI. RESULTADOS.....	16
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	36
APÊNDICE 2 – Carta de anuência	39
APÊNDICE 3 – Questionário Sociodemográfico	41
APÊNDICE 4 – Questionário qualitativo	43
APÊNDICE 5 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão ...	45
ANEXO	49

I. INTRODUÇÃO

A adolescência é uma transição do desenvolvimento humano que se inicia aos 11 anos e vai até os 19 ou 20 anos de idade. Esse período envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais e assume formas variadas em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos (Papalia & Feldman, 2013).

Discutindo sobre a adolescência, Papalia & Feldman (2013) falam que essa fase é uma construção social e os comportamentos de risco podem refletir imaturidade do cérebro adolescente. A propensão para o comportamento de risco dos adolescentes parece resultar da interação de duas redes cerebrais: Rede Socioemocional, que é sensível a estímulos sociais e emocionais, mais ativa na puberdade e a Rede de Controle Cognitivo, que regula as respostas a estímulos, essa amadurece gradualmente até o início da idade adulta, isso explica a tendências dos adolescentes a explosões emocionais e comportamentos de risco. O desenvolvimento imaturo do cérebro pode permitir que os sentimentos se sobreponham a razão e pode impedir que alguns adolescentes deem ouvidos a advertências que parecem lógicas e convincentes aos adultos. Essas mudanças orgânicas e emocionais na adolescência acabam deixando os jovens mais vulneráveis a transtornos psiquiátricos (Bessa, 2004).

A Depressão é um dos transtornos mais comuns nessa etapa da vida. De 15 a 25% das pessoas podem apresentar crise depressiva pelo menos uma vez na vida, sendo que o primeiro episódio depressivo ocorre, mais frequentemente, antes dos dezoito anos de idade (Bahls & Bahls, 2002). Os transtornos de ansiedade representam uma das mais comuns e debilitantes formas de psicopatologia na infância e adolescência (Renata Ribeiro Alves Brarboza Vianna, 2009).

Os estudantes universitários são considerados como um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais, como a depressão (Michael et al., 2006; Vázquez & Blanco 2008). Os problemas que se podem colocar no período de transição e ao longo da experiência académica, desde mudanças geográficas, rigor académico, novas responsabilidades, afastamento da família, novo ambiente interpessoal, pressão e preocupações com o futuro, dificuldades financeiras, dificuldades de acomodação, entre outros, são situações a que os estudantes têm de se adaptar. No entanto, se muitos estudantes encaram este novo contexto com alguma naturalidade e como uma experiência positiva, sem experienciar grandes dificuldades de ajustamento, para um número significativo de universitários todas estas mudanças podem produzir altos níveis de stress que sustentam um conjunto de problemas psicológicos (Bouteyre et al., 2006; Michael et al., 2006).

Num estudo realizado na França, dos 1743 estudantes do 1ºano da universidade que concordaram em participar da investigação, verificou-se uma prevalência de mal-estar psicológico, associado com o aumento do risco de ansiedade e depressão, que foi estimada em 15.7% entre jovens do sexo masculino e 33% do sexo feminino (Verger et al., 2009). Na Turquia os resultados na população universitária mostram uma situação preocupante. Em termos de depressão, ansiedade e stress, foram encontrados níveis de moderada ou elevada severidade em 27.1%, 47.1% e 27% dos respondentes, respectivamente (Bayram & Bilgel, 2008). No Brasil, estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, avaliados com o Inventário de Beck apresentaram uma prevalência de sintomas depressivos de 79%, sendo 29% num grau leve; 31% num grau moderado e 19.25% num grau considerado grave (Abrão, Coelho & Passos, 2008). Outra pesquisa, que analisou a sintomatologia de depressão e ansiedade em 200

estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul, concluiu que testes *t* de diferença de médias apontaram que as mulheres apresentaram níveis significativamente mais altos que os homens tanto em ansiedade quanto em depressão ($t = -2,38$; $gl = 166$; $p < 0,02$; $t = -2,13$; $gl = 180$; $p < 0,04$, respectivamente). Em relação ao período no curso, os alunos de início de curso apresentaram índices significativamente mais altos de depressão do que os de final de curso ($t = 2,06$; $gl = 180$; $p < 0,05$), não havendo diferenças para os níveis de ansiedade. Alunos dos cursos de Letras e Psicologia apresentaram níveis maiores de depressão do que os outros ($F(3,181) = 2,75$; $p < 0,05$); em relação à ansiedade, não houve diferença estatisticamente significativa, mas os alunos do curso de Letras também apresentaram médias mais altas (Maríndia Brandtner & Marucia Bardagi, 2009).

A Depressão é conhecida como o mal do século, um transtorno psíquico de humor que atinge cada vez mais pessoas da sociedade moderna. A Organização Mundial de Saúde (1993) define depressão como um transtorno mental comum, caracterizado não apenas na forma de tristeza como também através de irritabilidade, perda de interesse ou prazer em atividades cotidianas, perda de concentração ou memória, diminuição da autoestima, alteração de sono ou apetite, entre outros sintomas. Esse transtorno pode ter causas genéticas, ambientais e psicossociais. Atualmente existem vários tipos de tratamentos psicoterápicos que associados ao uso de medicamentos geram melhores resultados.

A ansiedade é definida como estado de humor desconfortável, apreensão negativa em relação ao futuro, inquietação interna desagradável. Inclui manifestações somáticas e fisiológicas, tais como a sudorese, tremores, tontura e taquicardia. E

manifestações psíquicas, como inquietação interna, apreensão e desconforto mental (Paulo Dalgarrondo, 2008).

A Depressão atinge em maior escala as mulheres, estudos mostram que esse fato se deve a uma correlação entre o avanço da puberdade e sintomas depressivos, outros possíveis fatores são o modo como as meninas são socializadas e sua maior vulnerabilidade a estresse nas relações sociais. Alguns outros fatores de risco para a depressão são ansiedade, medo do contato social, eventos estressantes, doenças crônicas, conflitos entre pais e filhos, abuso ou negligência, uso de álcool ou drogas e ter um dos pais com histórico de depressão, esses fatores independem de gênero (Papalia & Feldman, 2013). Foi constatado, através dos estudos dos resultados de pesquisas já realizadas sobre o tema, que, a ansiedade também atinge as mulheres em maior escala.

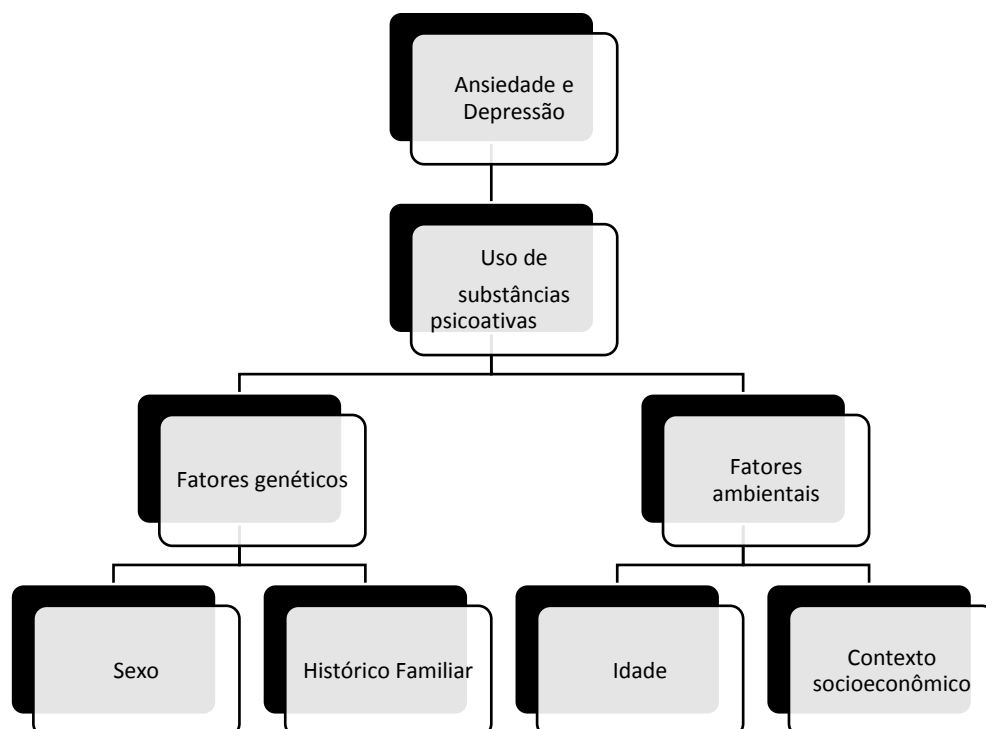
Na revisão de literatura, nos deparamos com vários artigos que relacionam o abuso de substâncias psicoativas com a Ansiedade e Depressão, que pode motivar indivíduos a fazer o uso de drogas para aliviar o próprio mal-estar. Uma pesquisa realizada em Maceió (AL), que relaciona o uso de substâncias psicoativas e a ansiedade, com 407 estudantes de 14 a 18 anos, constatou que: 334 (82,10%) participantes afirmaram já ter feito o uso de substâncias psicoativas; o uso no ano por 289 (71,00%); o uso no mês por 128 (31,40%); o uso frequente por 52 (12,80%); e o uso pesado por 55 (13,05%). Ainda, 71 (17,40%) participantes responderam nunca ter consumido nenhum tipo de substância psicoativa. Para obter os níveis de ansiedade da escala, as pontuações foram distribuídas em quartis. Dessa forma, os níveis de ansiedade foram classificados como: mínimo, leve, moderado e grave. Apresentaram grau mínimo 101 (24,8%) participantes; grau leve, 96 (23,6%); grau moderado, 114 (28,0%); e grau grave, 96

(23,6%). Pôde-se verificar a relação entre o consumo de substâncias psicoativas e a ansiedade através do teste Qui-quadrado. Ao final, concluiu-se que, os que responderam afirmativamente quanto ao uso/frequência de substâncias como álcool, cigarros, solventes e energéticos apresentaram maior prevalência de ansiedade moderada.

A substância pode, inicialmente, minimizar ou moderar seus sintomas, mas a abstinência e o uso crônico tipicamente exacerbam a médio prazo os sintomas (Osvaldo Luiz Saide, 2011). Entende-se por substâncias psicoativas as drogas que são capazes de alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo e por isso mesmo são denominadas de drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas, alguns exemplos desse tipo de drogas são: a maconha, cocaína, opióides, tabaco, cafeína, benzodiazepínicos, LSD, anfetaminas, entre outras (Jorge Luiz Barbosa da Silva, 2010).

Conforme a citação anterior, a Depressão é tida como o mal do século e as pesquisas apontam para o crescimento e agravamento desse mal nos próximos anos. As pesquisas têm apontado que os universitários estão inseridos numa população de vulnerabilidade mais propensa a desenvolver transtornos psíquicos que podem levar ao abuso de substâncias psicoativas, diante disso, espera-se através dessa pesquisa poder contribuir para a investigação da possível relação entre Ansiedade e Depressão e o abuso de substâncias psicoativas por parte dos universitários, e assim poder detectar precocemente e poder prevenir esse tipo de problema.

II. MODELO TEÓRICO



PERGUNTA

Há relação entre o uso de substâncias psicoativas, ansiedade e depressão em universitários?

TEMA

Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em universitários.

PROBLEMA

Qual a relação entre a ansiedade e depressão e o uso de substâncias psicoativas em universitários?

FINERP

F - Nossa pesquisa é factível, pois o cenário de pesquisa é de fácil acesso, será feita com alunos da nossa universidade, o questionário vai ser breve e não tomará muito tempo do estudante.

I - É interessante, pois vamos abordar um assunto que está muito presente nos tempos atuais e poderemos descobrir se essa patologia tem algo a ver com o aumento do uso de psicoativos nos dias de hoje.

N - É nova, pois vamos estudar um público inédito que é o de estudantes de psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Analisando os aspectos socioculturais desse grupo.

E - É ética, pois vamos realizá-la com base no Código de Ética em Pesquisa, preservando a identidade dos participantes, considerando a resolução 466/12.

R - É relevante, pois através dessa pesquisa poderemos relacionar ou não o uso de substâncias psicoativas com ansiedade e depressão, que é um tema muito atual e próximo de nós todos.

P - É publicável, porque seguiremos com rigor as regras e itens fundamentais de uma pesquisa científica. Sem expor os participantes e preservando suas informações, baseando-nos na ética de pesquisa.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a frequência de ansiedade e depressão e o uso de substâncias psicoativas em jovens universitários.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil sócio-demográfico dos jovens em relação a: sexo, idade, renda, período.

Em relação a depressão, determinar a frequência, uso de medicamento, tipo acompanhamento, histórico familiar.

Determinar os tipos de substâncias psicoativas utilizadas, a quantidade, o tempo de uso, frequência de uso, motivos.

Analisar a relação entre ansiedade e depressão e o uso de substâncias psicoativas.

V. MÉTODO

5.1 Desenho do estudo

É uma pesquisa quantitativa, descritiva e de corte transversal.

5.2 Local do estudo

Faculdade Pernambucana de Saúde.

5.3 Período do estudo

O estudo será feito durante o período de Janeiro de 2015 ate Janeiro de 2016.

População do estudo: O estudo será realizado com os estudantes do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde do primeiro ao oitavo período.

5.4 Critérios de elegibilidade

Serão incluídos os alunos regularmente matriculados no curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

5.5 Coleta de dados

Passaremos o protocolo de pesquisa que envolve um questionário sociodemográfico e uma escala de ansiedade e depressão durante o período da manha, em horário das tutorias de Psicologia durante o período do mês de Maio, garantindo que todos os estudantes tenham a oportunidade de respondê-lo.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

Os dados serão coletados a partir do Questionário Hospitalar de Ansiedade e Depressão, que mede o grau da ansiedade e depressão e do Questionário Sociodemográfico, que mede o perfil social, econômico e demográfico.

5.7 Processamento e Análise dos Dados

Os dados serão digitados no banco de dados do Excel e depois serão analisados os dados estatísticos.

5.8 Aspectos Éticos

A pesquisa seguirá o modelo da Resolução 466/2012, que considera o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos e o engajamento ético.

VI. RESULTADOS

Atendendo as normas de Trabalho de Conclusão de Curso da FPS, os resultados deste TCC serão apresentados no formato de um artigo que foi encaminhado para a revista eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD), que segue no Anexo.

Ansiiedade e Depressão e o Uso de Substâncias Psicoativas em Estudantes de Psicologia

Anxiety and Depression and psychoactive substance abuse in psychology students

Gabriela Catel Abrahamian Asfora¹, Marina Carvalho de Moura¹, Leopoldo Nelson F Barbosa²

¹ Graduandas da Faculdade Pernambucana de Saúde. ² Tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde

Resumo: O objetivo desta pesquisa foi identificar a frequência de ansiedade, depressão e uso de substâncias psicoativas em universitários. Foram entrevistados estudantes do primeiro ao sexto período do curso de Psicologia de uma faculdade privada especializada em saúde no nordeste do Brasil. Foram utilizados um questionário sociodemográfico para caracterizar a população e o uso de substâncias psicoativas e a Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão. Participaram 116 estudantes e 51,72% respondeu fazer uso de alguma substância psicoativa, principalmente do álcool. Sintomas de ansiedade foram presentes em 28,45% e depressão em 16,38%. A pesquisa apresentou dados compatíveis com outros estudos com esse tipo de população, identificando maior frequência de uso de substâncias em estudantes com sintomas de ansiedade.

Palavras-chave: abuso de substâncias, estudantes, ansiedade, depressão.

Abstract – The objective of this research was to identify the frequency Anxiety, Depression and use of psychoactive substances in students from first to sixth period of a private college specialized in health in northeastern Brazil. Were used a sociodemographic questionnaire to characterize the population and the use of psychoactive substances and the Hospital Anxiety and Depression Scale. 116 students participated and 51.72 % answered use some psychoactive substance, mainly alcohol. Anxiety symptoms were present in 28.45% and Depression in 16.38%. The survey

presented data compatible with other studies with this type of population, identifying increased frequency of use of substances in Students with symptoms of Anxiety.

Key words: substance abuse, students, anxiety, depression

Introdução

O uso de drogas ilícitas atinge seu auge entre as idades de 18 e 25 anos. Quase 20% desta faixa etária relatam ter usado drogas ilícitas no mês anterior. Quando os jovens adultos se estabelecem, casam e assumem a responsabilidade por seu futuro, eles tendem a interromper o uso de drogas e as taxas de uso parecem cair drasticamente durante a segunda década e então continuam a diminuir, embora mais lentamente, à medida que as pessoas entram na vida adulta tardia e velhice^{1,2}.

A saúde mental de adultos jovens é uma preocupação importante e entre os diversos transtornos mentais, a Depressão é um dos mais comuns nessa etapa da vida. De 15 a 25% das pessoas podem apresentar crise depressiva pelo menos uma vez na vida, sendo que o primeiro episódio depressivo ocorre, mais frequentemente, antes dos dezoito anos de idade³. Já os transtornos de ansiedade representam uma das mais comuns e debilitantes formas de psicopatologia na infância e adolescência⁴. A Depressão é conhecida como o mal do século, um transtorno psíquico de humor que atinge cada vez mais pessoas da sociedade moderna.

A Organização Mundial de Saúde⁵ define depressão como um transtorno mental comum, caracterizado não apenas na forma de tristeza como também através de irritabilidade perda de interesse ou prazer em atividades cotidianas, perda de concentração ou memória, diminuição da autoestima, alteração de sono ou apetite, entre

outros sintomas. Esse transtorno pode ter causas genéticas, ambientais e psicossociais e os tratamentos psicoterápicos associados ao uso de medicamentos geram melhores resultados.

A ansiedade é definida como estado de humor desconfortável, apreensão negativa em relação ao futuro, inquietação interna desagradável. Inclui manifestações somáticas e fisiológicas, tais como a sudorese, tremores, tontura e taquicardia. E manifestações psíquicas, como inquietação interna, apreensão e desconforto mental⁶.

O uso de substâncias psicoativas podem, inicialmente, minimizar ou moderar seus sintomas, mas a abstinência e o uso crônico tipicamente exacerbam a médio prazo os sintomas⁷. Entende-se por substâncias psicoativas as drogas que são capazes de alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo e por isso mesmo são denominadas de drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas, alguns exemplos desse tipo de drogas são: a maconha, cocaína, opióides, tabaco, cafeína, benzodiazepínicos, LSD, anfetaminas, entre outras⁸.

Os estudantes universitários são considerados como um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais, como a depressão⁹. Os problemas que se podem colocar no período de transição e ao longo da experiência acadêmica, desde mudanças geográficas, rigor acadêmico, novas responsabilidades, afastamento da família, novo ambiente interpessoal, pressão e preocupações com o futuro, dificuldades financeiras, dificuldades de acomodação, entre outros, são situações a que os estudantes têm que adaptar. No entanto, se muitos estudantes encaram este novo contexto com alguma naturalidade e como uma experiência positiva, sem experienciar grandes dificuldades de ajustamento, para um número significativo de universitários todas estas mudanças podem produzir altos níveis de stress que sustentam um conjunto de problemas psicológicos¹⁰. Esta pesquisa objetivou descrever características

psicossociais, identificar a frequência de sintomas de ansiedade e depressão e o uso de substâncias psicoativas em estudantes universitários de um curso de psicologia.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, realizado com estudantes de psicologia em uma faculdade privada, especializada em saúde no nordeste do Brasil nos meses de abril a junho de 2016. Os dados foram digitados em um banco de dados do Excel e as medias e frequências analisadas no *software* Epi-Info 7.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos vide número do CAAE: 53232016.7.0000.5569 e atende as normas da resolução 466/12. O protocolo de pesquisa foi composto por: um questionário estruturado contendo informações sobre características sociodemográficas em relação a: sexo, idade, renda, período, a frequência, uso de medicamento, tipo de acompanhamento, histórico familiar, identificar os tipos de substâncias psicoativas utilizadas, a quantidade, o tempo de uso, frequência e motivos de uso; sobre a utilização de substâncias psicoativas e da Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão (HDA). A HAD é uma escala de rastreio de sintomas constituída por 14 itens, sendo sete destes orientados para avaliação da ansiedade (HAD-A) e os outros sete para a depressão (HAD-D). A escala de medida é de 4 pontos, 0-1-2-3, podendo atingir 21 pontos cada escala. Zigmond e Snaith¹¹ recomendam como ponto de corte para ambas as subescalas ≥ 9 e atribuem: HAD-ansiedade/depressão: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-ansiedade/depressão entre “8” e “10” “leve”, HAD-ansiedade/depressão entre “11 e 14” moderada HAD- ansiedade/depressão entre “15” e “21” “grave”.

Resultados

Foram entrevistados 116 estudantes do curso de psicologia do 1º ao 6º período de uma faculdade privada., regularmente matriculados no primeiro semestre de 2016. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos estudantes.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos estudantes. Recife-PE.

Variáveis	N	%
Quantidade de participantes		
Primeiro período	50	43,86
Segundo período	11	9,65
Terceiro período	4	3,51
Quarto período	17	14,91
Quinto período	23	20,18
Sexto período	9	7,89
Sexo		
Feminino	95	82,61
Masculino	17	16,52
Indiferente	1	0,87
Quantidade de pessoas que residem com os estudantes		
Moram com de uma a três pessoas	2	1,72
Moram com de quatro a sete pessoas	66	56,90
Mora com oito a dez pessoas	47	40,52
Casa própria	96	82,76
Casa alugada	20	17,24
Zona rural	2	1,72
Zona urbana	113	97,41
Comunidade indígena	1	0,86
Nível de escolaridade do pai		
1º a 4º série do Ensino Fundamental	7	6,09
5º a 8º série do Ensino Fundamental	15	13,04
Ensino Médio completo	39	33,91
Ensino Superior	28	24,35
Especialização	19	16,52
Não estudaram	1	0,87
Não souberam responder	6	5,22
Nível de escolaridade da mãe		
1º a 4º série do Ensino Fundamental	4	3,45
5º a 8º série do Ensino Fundamental	13	11,21
Ensino Médio completo	37	31,90
Ensino Superior	37	31,90
Especialização	22	18,97
Não estudou	3	2,59
Renda familiar		

10 salários acima	52	45,22
Seis a nove salários mínimos	23	20,00
Três a seis salários mínimos	19	16,52
Um a três salários mínimos	17	14,78
Até 1 salário mínimo	4	3,48

Participaram da pesquisa 50 (43,86%) estudantes do primeiro período, 11 (9,65%) do segundo, 04 (3,51%) do terceiro, 17 (14,91%) do quarto, 23 (20,18%) do quinto e 09 (7,89%) do sexto período. Apenas um era estrangeiro. Dos entrevistados 95 (82,61%) eram do sexo feminino, 17 (16,52%) masculino e 01 (0,87%) responderam ser indiferentes. A idade variou de 17 a 51 anos. Média de 22,9 anos. Dos 114 estudantes que responderam a essa questão, 50 (43,86%) estão no primeiro período, 11 (9,65%) do segundo, 04 (3,51%) do terceiro período, 17 (14,91%) do quarto período, 23 (20,18%) do quinto e 09 (7,89%) do sexto período. Sobre a quantidade de pessoas que residem com os estudantes que responderam o questionário, 02 (1,72%) mora sozinho, 66 (56,90%) moram com de uma a três pessoas; 47 (40,52%) afirmam morar com de quatro a sete pessoas e 01 (0,86%) vive com oito a dez pessoas, desses, 96 (82,76%) têm casa própria e 20 (17,24%) alugada; 02 (1,72%) moram em zona rural, 113 (97,41%) em zona urbana e 01 (0,86%) em comunidade indígena. Em relação ao nível de escolaridade do pai 07 (6,09%) cursaram da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental; 15 (13,04%) de 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental; 39 (33,91%) terminaram o Ensino Médio; 28 (24,35%) completaram o Ensino Superior; 19 (16,52%) fizeram especialização; 01 (0,87%) não estudaram e 06 (5,22%) não souberam responder. Quanto ao nível de escolaridade da mãe 04 (3,45%) estudaram da 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental; 13 (11,21%) da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental; 37 (31,90%) cursaram o Ensino Médio; 37 (31,90%) completaram o Ensino Superior; 22 (18,97%) fizeram Especialização e 03 (2,59%) não souberam responder.

Dos 115 estudantes que responderam sobre a renda familiar, a maioria 26 (22,61%) tem uma renda alta de mais de 15 salários mínimos, seguido de 23 (20,00%) com renda de seis a nove salários mínimos; 19 (16,52%) de três a seis salários mínimos; 17 (14,78%) de um a três salários mínimos; 15 (13,04%) alegam ter renda aproximada de nove a doze salários mínimos; 11 (9,57%) de doze a quinze salários mínimos; 02 (1,74%) tem renda de um salário mínimo e 02 (1,74%) não tem nenhuma renda.

Tabela 2: Dados em relação ao uso de substâncias psicoativas e os principais motivos que levaram ao uso. Recife-PE.

Variáveis	N	%
Substâncias Psicoativas		
Álcool	51	43,97
Maconha	21	18,26
Nicotina	11	9,48
Ansiolíticos	11	9,48
Antidepressivos	5	4,31
LSD	5	4,31
Ecstasy	2	1,72
MDMA	2	1,72
Outras substâncias (Lolo, cocaína, cola, special k, cogumelos, rapé)	6	5,20
Frequência de uso		
Diário	11	18,64
Dois a três dias por semana	3	5,08
Finais de semana	20	33,90
Mensalmente	10	16,95
Quase nunca	15	25,42
Tempo de uso		
Menos de um ano	5	8,47
Um ano	3	5,08
Dois anos	7	11,86
Três anos	7	11,86
Quatro anos	5	8,47
Cinco anos acima	32	54,20
Principais motivos de uso		
Curiosidade	8	14,29
Diversão	4	7,14
Vontade própria	3	5,36
Socialização	2	3,57

Entre participantes da pesquisa, 60 (51,72%) respondeu fazer uso de alguma substância psicoativa, o uso de álcool prevaleceu com 51 (43,97%) das respostas, seguido da maconha com 21 (18,26%), a nicotina e ansiolíticos apresentaram a mesma porcentagem 11 (9,48%), antidepressivos e LSD também obtiveram o mesmo score 05 (4,31%), assim como ecstasy e MDMA 02 (1,72%) seguidos de lolo 01 (0,88%), cocaína 01 (0,87%), Cola 01 (0,87%) special K 01 (0,86%), cogumelos 01 (0,86%), e Rape 01 (0,86%). A frequência de uso foi de 11 (18,64%) para uso diário, 03 (5,08%) de dois a três dias por semana, 20 (33,90%) alegam fazer o uso de substâncias somente nos finais de semana, 10 (16,95%) mensalmente e 15 (25,42%) quase nunca. Quanto ao tempo de uso, 05 (8,47%) alegam fazer uso de substâncias psicoativas há menos de um ano, 03 (5,08%) há um ano; 07 (11,86%) há dois anos, mesmo score atingido por quem faz o uso há três anos; 05 (8,47%) faz uso há quatro anos; 32 (54,20%) de cinco anos acima. Dentre os motivos de uso se destacaram: curiosidade 08 (14,29%), diversão 04 (7,14%), vontade própria 03 (5,36%) e socialização 02 (3,57%). Outros motivos citados para justificar o uso foram depressão, busca por relaxamento, prescrição psiquiátrica, ansiedade, experimentar as sensações provocadas no corpo e por motivos de humor, fugir da realidade, insatisfações no ambiente familiar, busca de conforto, vazio existencial, entre outros, atingiram a porcentagem de 1,79% (o que corresponde a um participante).

Tabela 3: Informações relacionadas aos aspectos emocionais dos estudantes em relação aos antecedentes familiares e sintomas de ansiedade e depressão. Recife-PE.

Variáveis	N	%
Histórico familiar		
Ansiedade	13	11,30
Depressão	26	22,61
Ambos	39	33,91

Consideram-se ansiosos	83	71,55
Já foram diagnosticados com depressão	22	18,97
Fez ou faz uso de medicamento para ansiedade e/ou depressão	33	28,45
Tiveram ou tem algum tipo de acompanhamento psicológico	67	57,76
Apresentam sintomas de ansiedade	33	28,45
Apresentam sintomas depressão	19	16,38

Sobre o histórico familiar de ansiedade e/ou depressão, 39 (33,91%) marcaram sim para ambos, 37 (32,17%) marcou não, 26 (22,61%) apenas depressão e 13 (11,30%) apenas ansiedade. Os que se consideram ansiosos chegaram à marca de 83 (71,55%); 22 (18,97%) já foram diagnosticados com depressão; 33 (28,45%) já fizeram ou faz uso de algum medicamento para depressão e/ou ansiedade. 67 (57,76%) já tiveram ou tem algum tipo de acompanhamento psicológico, 33 (28,45%) apresentam sintomas de ansiedade e 19 (16,38%) apresentam sintomas depressivos.

Discussão

De acordo com Papalia e Feldman¹, sociologicamente, as pessoas podem ser consideradas adultas quando são responsáveis por si mesmos ou escolheram uma carreira, casam-se ou estabelecem um relacionamento afetivo significativo ou iniciaram uma família. A maturidade *psicológica*, contudo, depende de realizações como descobrir a própria identidade, tornar-se independente dos pais, desenvolver um sistema de valores e estabelecer relacionamentos. Outros autores afirmam ainda que a entrada na vida adulta é marcada não apenas por critérios externos, mas por indicadores internos como o sentimento de autonomia, autocontrole, e responsabilidade pessoal, ou seja, é mais um estado de espírito do que um evento isolado¹². Assim, a entrada na universidade pode resultar em uma ampla gama de necessidades adaptativas na vida dos estudantes em todo o mundo.

Um estudo realizado na França com 1743 estudantes do 1º ano da universidade apontou uma prevalência de mal-estar psicológico, associado com o aumento do risco de ansiedade e depressão, que foi estimada em 15.7% entre jovens do sexo masculino e 33% do sexo feminino¹³. Na Turquia os resultados na população universitária mostram uma situação preocupante. Em termos de depressão, ansiedade e stress, foram encontrados níveis de moderada ou elevada severidade em 27.1%, 47.1% e 27% dos respondentes, respectivamente¹⁴.

No Brasil, estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, avaliados com o Inventário de Beck apresentaram uma prevalência de sintomas depressivos de 79%, sendo 29% num grau leve; 31% num grau moderado e 19.25% num grau considerado grave¹⁵. Outra pesquisa, que analisou a sintomatologia de depressão e ansiedade em 200 estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul, concluiu que as mulheres apresentaram níveis significativamente mais altos que os homens tanto em ansiedade quanto em depressão. Em relação ao período no curso, os alunos de início de curso apresentaram índices significativamente mais altos de depressão do que os de final de curso, não havendo diferenças para os níveis de ansiedade. Alunos dos cursos de Letras e Psicologia apresentaram níveis maiores de depressão do que os outros; em relação à ansiedade, não houve diferença estatisticamente significativa, mas os alunos do curso de Letras também apresentaram médias mais altas¹⁶.

No presente estudo foi constatado que, dos 22 estudantes que responderam já terem sido diagnosticados com depressão, 18 (81,81%) são mulheres, o que se assemelha ao estudo citado acima. Outro dado que é compatível com o estudo acima é em relação ao período, de cinquenta estudantes do primeiro período, 17 (34,00%)

apresentam traços de ansiedade ou depressão, um número considerável, prevalecendo sobre outros períodos.

A Depressão atinge em maior escala as mulheres, estudos mostram que esse fato se deve a uma correlação entre o avanço da puberdade e sintomas depressivos, outros possíveis fatores são o modo como as meninas são socializadas e sua maior vulnerabilidade a estresse nas relações sociais. Alguns outros fatores de risco para a depressão são ansiedade, medo do contato social, eventos estressantes, doenças crônicas, conflitos entre pais e filhos, abuso ou negligência, uso de álcool ou drogas e ter um dos pais com histórico de depressão, esses fatores independem de gênero¹. Foi constatado, através dos estudos dos resultados de pesquisas já realizadas sobre o tema, que, a ansiedade também atinge as mulheres em maior escala.

Na revisão de literatura, nos deparamos com vários artigos que relacionam o abuso de substâncias psicoativas com a Ansiedade e Depressão, que pode motivar indivíduos a fazer o uso de drogas para aliviar o próprio mal-estar. Uma pesquisa realizada em Maceió (AL)¹⁷, que relaciona o uso de substâncias psicoativas e a ansiedade, com 407 estudantes de 14 a 18 anos, constatou que: 334 (82,10%) participantes afirmaram já ter feito o uso de substâncias psicoativas; o uso no ano por 289 (71,00%); o uso no mês por 128 (31,40%); o uso frequente por 52 (12,80%); e o uso pesado por 55 (13,05%). Ainda, 71 (17,40%) participantes responderam nunca ter consumido nenhum tipo de substância psicoativa. Diferentemente dos dados apresentados por Lopes e Rezende¹⁷, que mostra que muito mais da metade dos estudantes já fizeram uso de substâncias psicoativas, na presente pesquisa foi constatado que 60 (51,72%) responderam fazer uso de alguma substância psicoativa, pouco mais que a metade, Papalia e Feldman¹, referem que o uso de substância psicoativa cai drasticamente na segunda década de vida, o que possivelmente explica essa divergência.

Também se diferenciou quanto à frequência, na pesquisa apresentada acima, o uso frequente (quando a pessoa utilizou droga 06 vezes ou mais nos 30 dias que antecederam à pesquisa) foi de 52 (12,80%), enquanto que na presente pesquisa, a categoria do que se aproxima do Uso frequente em Lopes e Rezende¹⁷ foi de 20 (33,90%), que alegam fazer o uso de substâncias somente nos finais de semana.

Ainda em relação ao estudo de Lopes e Rezende¹⁷, para obter os níveis de ansiedade da escala, as pontuações foram distribuídas em quartis. Dessa forma, os níveis de ansiedade foram classificados como: mínimo, leve, moderado e grave. Apresentaram grau mínimo 101 (24,8%) participantes; grau leve, 96 (23,6%); grau moderado, 114 (28,0%); e grau grave, 96 (23,6%). Ao final, concluiu-se que, os que responderam afirmativamente quanto ao uso/frequência de substâncias como álcool, cigarros, solventes e energéticos apresentaram maior prevalência de ansiedade moderada.

As pesquisas têm apontado que os universitários estão inseridos numa população de vulnerabilidade mais propensa a desenvolver transtornos mentais e que podem levar ao abuso de substâncias psicoativas, diante disso, espera-se através dessa pesquisa poder contribuir para a investigação da possível relação entre Ansiedade e Depressão e o abuso de substâncias psicoativas por parte dos universitários, e assim poder detectar precocemente e poder prevenir esse tipo de problema. Como limitações desse estudo, ressaltamos que não foram realizadas análises estatísticas para correlacionar as variáveis e os dados correspondem a um corte transversal.

Conclusão:

Este estudo buscou descrever a frequência de sintomas de ansiedade e depressão e o consumo de substâncias psicoativas em jovens universitários e identificou que a maioria dos estudantes que apresentaram sintomas de ansiedade fazem o uso de alguma substância psicoativa. Esses dados são compatíveis com outras pesquisas realizadas com esta população.

Das substâncias psicoativas citadas, o álcool é o mais usado, provavelmente, pelo fato de este ser lícito, de fácil acesso, culturalmente utilizado e aceito. Em segundo lugar vem a maconha, substância que vem ganhando cada vez mais espaço na mídia e em estudos científicos e, por fim, o tabaco ficou em terceiro lugar junto ao uso de ansiolíticos.

A caracterização de aspectos psicossociais, da saúde mental e da frequência de uso de substâncias psicoativas em uma população vulnerável pode servir de importante fonte para o desenvolvimento de futuros programas de prevenção e atenção a saúde dos universitários.

Referências

Papalia D, Feldman R. Desenvolvimento Humano. Ed. 12. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Substance Abuse And Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results From 2008 National Survey On Drug Use And Health: National Findings. Rockville, 2009.

Bahls S, Bahls F. Depressão na adolescência: características clínicas. Interação em Psicologia, 2002.

Vianna, RRAB. Avaliação dos níveis de ansiedade de uma amostra de escolares no Rio de Janeiro através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC-VB). Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000200029&lang=pt>. Acessado em: 15/07/2016.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Ed. 2. Campinas: Artmed, 2008.

Saide OL. Depressão e uso de drogas. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=114>. Acessado em: 05/07/2016.

Da Silva JLB. Estudo das Substâncias Psicoativas. Santa Catarina, 2010. Disponível em: <<http://www.direcionaleducador.com.br/drogas/modulo-ii-%E2%80%93estudo-das-substancias-psicoativas>>. Acessado em: 06/07/2016.

Vázquez FL, Blanco V. Prevalence of DSM-IV major depression among spanish university students. *Journal of American College Health*, 2008.

Bouteyre E, Maurel M, Bernaud J. Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 2006.

Zigmond A, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983.

Shanahan, Michael J.; Porfeli, Erik J.; Mortimer, Jeylan T.; & Erickson, Lance D. Subjective Age Identity and the Transition to Adulthood: When Do Adolescents Become Adults? In Settersten, Richard A., Jr., Frank F., Jr. Furstenberg, Furstenberg, Frank F., Jr. & Rumbaut, Rubén G. (Eds.), *On the Frontier of Adulthood: Theory, Research, and Public Policy* Chicago: University of Chicago Press, 2005.

Verger P, Combes JB, Kovess-Masfety V, Choquet M, Guagliardo V, Rouillon F, Peretti-Wattel P. Psychological distress in first year university students:socioeconomic

and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2009.

Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

Abrão CB, Coelho EP, Passos LBS. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, 2008. *Revista Brasileira de Educação Médica*.

Brandter M, Bardagi M. Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/67/49>>. Acessado em: 15/07/2016.

Lopes AP, Rezende MM. Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. Campinas, 2011. Disponível em: mn<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000100006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15/07/2016.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Ed. 2. Campinas: Artmed, 2008. p. 166.

PAPALIA, D. & FELDMAN, R. **Desenvolvimento Humano**. Ed. 12. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

BESSA, M.A. Quando o uso de drogas ocorre junto com outros transtornos psiquiátricos. In: PINSKY, I.; BESSA, M.A (orgs). **Adolescência e Drogas**. 1.ed. São Paulo: Contexto, 2004.

DA SILVA, J.L.B. **Estudo das Substâncias Psicoativas**. Santa Catarina, 2010. Disponível em: <<http://www.direcionaleducador.com.br/drogas/modulo-ii-%E2%80%93-estudo-das-substancias-psicoativas>>. Acesso em: 06 out. 2014.

SAIDE, O. L. **Depressão e uso de drogas**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=114>. Acesso em: 05 out. 2014.

ABRÃO, C. B., COELHO, E. P., & PASSOS, L. B. S. (2008). Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 315-323.

BAYRAM, N., & BILGEL, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 667-672.

BOUTEYRE, E., MAUREL, M., & BERNAUD, J. (2006). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23, 93-99.

BRANDTNER, M. & BARDAGI, M. (2009) **Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul.**

Porto Alegre. Disponível em:

<<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/67/49>>.

VÁZQUEZ, F. L. & BLANCO, V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2).

VERGER, P., COMBES J-B, KOVÉSS-MASFÉTY, V., CHOQUET,

M., GUAGLIARDO, V., ROUILLON, F., & PERETTI-WATTEL, P.

(2009). Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 643-650.

VIANNA, R. R. A. B. (2009) **Avaliação dos níveis de ansiedade de uma amostra de escolares no Rio de Janeiro através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC-VB)**. Rio de Janeiro. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000200029&lang=pt>.

LOPES, A. P.; REZENDE, M. M. (2011) **Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes**. Campinas. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000100006&lng=en&nrm=iso>.

APÊNDICE 01

Faculdade Pernambucana de Saúde

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO

ANSIEDADE E DEPRESSÃO E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários

O objetivo desse projeto é: identificar a frequência de ansiedade e depressão e o uso de substâncias psicoativas em jovens universitários.

O(os) procedimento(s) de coleta de dados será da seguinte forma:

Será distribuído dois questionários, um sociodemográfico e um de escala de Ansiedade e Depressão.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS

Existe um desconforto mínimo que pode ser ocasionado pelo tédio de responder o questionário ou pelas questões a serem respondidas que dizem respeito à aspectos pessoais.

Caso seja identificado algum sinal de insatisfação ou mobilização emocional, você será encaminhado para suporte psicológico breve em grupo, durante quatro semanas com Leopoldo Barbosa, um dos pesquisadores desse estudo, caso seja detectado a necessidade de um acompanhamento mais longo, você será encaminhado para recursos da comunidade.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar

deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS

A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Gabriela Catel Abrahamian Asfora, Leopoldo Barbosa e Marina Carvalho de Moura certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelos pesquisadores responsáveis: Gabriela Catel Abrahamian Asfora, Marina Carvalho de Moura e Leopoldo Barbosa através dos telefones (81) 9915-9414, (81) 9971-1943 e (81) 9245-1890. Todos os pesquisadores podem ser encontrados no endereço Rua Jean Emile Favre nº 422, nas segundas e terças pela manhã. Caso seja necessário ainda poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira.

Tel: (81)3035-7732 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 no prédio do Bloco 4 , 1º andar e pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

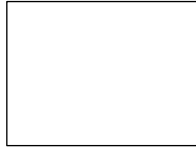
Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome Assinatura do Participante Data

Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura da Testemunha Data

Impressão digital



APÊNDICE 02

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sr. _____
Função

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado “ANSIEDADE E DEPRESSÃO E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS” coordenado pelo pesquisador Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. Os objetivos da pesquisa são descrever o perfil sóciodemográfico dos jovens em relação a: sexo, idade, renda, período, determinar a frequência, uso de medicamento, tipo acompanhamento, histórico familiar, em relação a depressão, determinar os tipos de substâncias psicoativas utilizadas, a quantidade, o tempo de uso, frequência de uso, motivos e analisar a relação entre ansiedade e depressão e o uso de substâncias psicoativas. Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo.

Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Recife, de de 20--.

Carimbo e Assinatura do pesquisador

concordo com a solicitação não concordo com a solicitação

Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

APÊNDICE 03**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Nome: _____ Data: __/__/____

1. Nacionalidade: _____

3. Idade: _____

4. Sexo: _____

5. Curso/Período: _____/_____

5. Faculdade: _____

6. Profissão: _____

7. Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos (Marque apenas uma resposta)).

 Moro sozinho Uma a três Quatro a sete Oito a dez Mais de dez

8. A casa onde você mora é?

 Própria Alugada Cedida

9. Sua casa está localizada em?

 Zona rural. Zona urbana Comunidade indígena. Comunidade quilombola.

10. Qual é o nível de escolaridade do seu pai?

 Da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental (antigo primário) Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental (antigo ginásio) Ensino Médio (antigo 2º grau) Ensino Superior Especialização Não estudou Não sei

11. Qual é o nível de escolaridade da sua mãe?

- Da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental (antigo primário)
- Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental (antigo ginásio)
- Ensino Médio (antigo 2º grau)
- Ensino Superior
- Especialização
- Não estudou
- Não sei

12. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

- Nenhuma renda.
- Até 1 salário mínimo (até R\$ 678,00).
- De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 678,01 até R\$ 2.034,00).
- De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.034,01 até R\$ 4.068,00).
- De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.068,01 até R\$ 6.102,00).
- De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 6.102,01 até R\$ 8.136,00).
- De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 8.136,01 até R\$ 10.170,00).
- Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 10.170,01).

13. Qual a sua renda mensal, aproximadamente?

- Nenhuma renda.
- Até 1 salário mínimo(até R\$ 678,00).
- De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 678,01 até R\$ 2.034,00).
- De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.034,01 até R\$ 4.068,00).
- De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.068,01 até R\$ 6.102,00).
- De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 6.102,01 até R\$ 8.136,00).
- De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 8.136,01 até R\$ 10.170,00).
- Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 10.170,01).

APÊNDICE 04**ENTREVISTA QUALITATIVA**

1. Você faz uso de álcool ou outras substâncias psicoativas (Ex.: Maconha, LSD, cocaína, nicotina, Rivotril, etc)?

- Sim
- Não

Especifique: _____

3. Se sim, com que frequência?

- Todos os dias
- De 2 a 3 dias por semana
- Somente nos finais de semana
- Mensalmente
- Quase nunca

4. Há quanto tempo você faz o uso dessas substâncias?

___ anos
___ meses
___ dias

5. Por quais motivos você começou a fazer uso de substâncias psicoativas?

6. Tem histórico familiar de ansiedade e/ou depressão?

- Sim, ambos.
- Não
- Apenas depressão
- Apenas ansiedade

7. Você se considera ansioso?

- Sim
- Não

8. Você já foi diagnosticado com depressão?

- Sim
- Não

9. Você já fez ou faz uso de algum medicamento para depressão e/ou ansiedade?

- Sim
- Não

10. Você já teve ou tem algum tipo de acompanhamento psicológico?

- Sim
- Não

APÊNDICE 05

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

D 4) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 () Quase sempre

2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

A 5) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

D 6) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

3 () Completamente

2 () Não estou mais me cuidando como deveria

1 () Talvez não tanto quanto antes

0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

D 7) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Não consigo mais

A 8) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

D 9) Eu me sinto alegre:

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

0 () A maior parte do tempo

A 10) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Um pouco menos do que antes

2 () Bem menos do que antes

3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

1 () De vez em quando

0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

3 () Quase nunca

ANEXO

INSTRUÇÕES AOS AUTORES POLÍTICA EDITORIAL PROCESSO DE JULGAMENTO SUBMISSÃO PREPARAÇÃO DO ARTIGO

POLÍTICA EDITORIAL

A SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas ou integrativas, cartas ao editor, editoriais, resenhas e página do estudante. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à SMAD, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas. Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa. A reprodução é permitida, desde que haja citação da fonte. A SMAD não se obriga a devolver os trabalhos originais enviados, assim como os trabalhos recusados para publicação. É de inteira responsabilidade do(s) autor(es) os conceitos e opiniões emitidos, não refletindo obrigatoriamente a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial. A SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas ou integrativas, cartas ao editor, editoriais, resenhas, atualizações e página do estudante. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à SMAD, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas. Esta Revista

desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa. A reprodução é permitida, desde que haja citação da fonte.

Os artigos são publicados no idioma em que o autor enviou, sendo que os resumos são publicados em português, inglês e espanhol.

REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

A SMAD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS – e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação

sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

POLÍTICA DE ARMAZENAMENTO DE ARQUIVOS

Os arquivos de artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados. Os trabalhos recebidos pela SMAD que forem cancelados ou recusados serão eliminados dos arquivos da revista.

ERRATAS

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Artigos Originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Atualizações

São trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Editorial

Inclui a opinião oficial da revista e seus pareceristas sobre assuntos relevantes da área de saúde mental, álcool e drogas.

Página do Estudante

É o espaço destinado à divulgação de estudos desenvolvidos por alunos de graduação.

Resenhas Trata-se de análise de obra recentemente publicada.

Revisão integrativa

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragens, ou busca

na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

PROCESSO DE JULGAMENTO

A Revista possui sistema de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via e-mail, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. O manuscrito é então enviado aos consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do editor científico que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

SUBMISSÃO

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à SMAD em português ou inglês ou espanhol.

A submissão de manuscritos é realizada exclusivamente pelo sistema de submissão online: www.eerp.usp.br/resmad

Além do arquivo do artigo, no momento da submissão, os seguintes documentos devem ser enviados:

1) Title Page

- documento obrigatório

- download aqui: <http://ead.eerp.usp.br/smad/arquivos/Title-Page-PT.docx>

- preenchê-lo, salvá-lo em formato pdf e anexá-lo no site durante a submissão

2) Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

- documento obrigatório para pesquisas que envolveram sujeitos humanos, direta ou indiretamente

- escanear o documento em formato jpg ou pdf e anexá-lo no site durante a submissão

3) Declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos

- documento obrigatório para pesquisas que não envolveram sujeitos humanos, direta ou indiretamente

- download aqui: <http://ead.eerp.usp.br/smad/arquivos/Declaracao-naoenvolveu-sujeitos-humanos-PT.docx>

- preenchê-lo, assiná-lo e escaneá-lo em formato pdf para anexá-lo no site durante a submissão

4) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

- documento obrigatório

- download aqui: <http://ead.eerp.usp.br/smad/arquivos/Declaracaoresponsabilidade-PT.docx>

- preenchê-lo, assiná-lo e escaneá-lo em formato pdf para anexá-lo no site durante a submissão

5) Comprovante de pagamento da taxa de submissão

- comprovante da transação bancária em formato jpg ou pdf

- anexá-lo no site durante a submissão

- Valor: 100,00 (cem reais) - Forma de pagamento: depósito bancário ou transferência

Banco do Brasil Favorecido: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto CNPJ:

63.025.530/0027-43 Agência: 1964-X Conta Corrente: 130151-9

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

PREPARO DO ARTIGO

1. Estrutura

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, materiais e métodos ou casuísticas e métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

O arquivo do artigo não deve conter o nome dos autores e os agradecimentos, estes devem estar na Title Page (ver Documentos para Submissão).

A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os Materiais e Métodos ou Casuísticas e Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os Resultados devem estar limitados somente a descrever a análise do material (quantitativo ou qualitativo). O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A Discussão enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo, faz interpretações que advêm deles e comparações com outras literaturas não citadas na introdução. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na SMAD, referenciando-os no texto,

quando pertinente, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

Conclusão ou Considerações Finais deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

2. Arquivo

- Formato doc, .docx ou .rtf

3. Papel

- A4

4. Margens

- 2,5c

5. Quantidade de páginas

- Artigos Originais: até 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências) -

Artigos de Revisão: até 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências) -

Carta ao Editor: até 1 pág. - Resenha: até 3 pág. - Página do estudante: até 2 págs.

6. Fonte (no texto)

- Times New Roman, tamanho 12

7. Fonte (nas tabelas)

- Times New Roman, tamanho 12

8. Espaçamento entre linhas (no texto)

- Duplo, desde o título até as referências

9. Espaçamento entre linhas (no texto)

- Simples

10. Título (do artigo)

- Em português, inglês e espanhol - Localizados antes de cada resumo - Conciso, porém informativo - Negrito - Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

11. Título (das tabelas)

- Localizado acima da tabela - Breve, porém informativo, indicando-se o que se pretende representar na tabela. Quando se tratar de dados coletados, informar ao final do título a cidade da coleta, a sigla do Estado, o país e o ano da coleta de dados.

12. Título (das figuras)

- Localizado abaixo da figura

13. Resumo

- Em português, inglês e espanhol - Até 120 palavras cada um - Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas - Redigido em um único parágrafo - Incluir o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem. - Os Ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. - Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, e citações de autores.

14. Descritores

- Mínimo de 3 e máximo de 6 - Em português, inglês e espanhol - Selecionados da lista de Descritores em Ciências da Saúde ou Mesh - Separados entre si por ponto e vírgula - Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

15. Formatação não permitida (no meio do texto)

- Negrito, sublinhado, caixa alta, listas numeradas ou lista com marcadores do MS Word. Para destaques, utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, título das seções e das subseções .

16. Formatação não permitida (nas tabelas)

- Quebras de linhas com a tecla Enter, recuos com a tecla Tab, espaços com a barra de espaço (para separar os dados), texto em caixa alta, sublinhado, marcadores do MS Word, cores nas células.

17. Nome das seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

- Negrito - Caixa alta somente na primeira letra - Itens não permitidos: itálico, caixa alta, excessivas subseções, subseções com nomes extensos, listas numeradas e listas com marcadores do MS Word.

18. Falas dos sujeitos

- Fonte Times New Roman, tamanho 10, itálico, sem aspas, na sequência do texto. - Identificadas/Codificadas ao final de cada fala, a identificação/codificação deve estar entre parênteses e sem itálico.

19. siglas (no texto)

- Descritas por extenso na primeira vez em que aparecem no texto - Não são permitidas siglas no título do artigo e no resumo

20. siglas (nas tabelas e figuras)

- Descritas no rodapé das tabelas/figuras, mas sem utilizar símbolos de notas de rodapé. No rodapé da tabela/figura, informar a sigla, dois pontos e sua descrição por extenso. Ex: IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

21. Notas de Rodapé (no texto)

- Indicadas por asterisco e iniciadas a cada página. - Restritas ao mínimo necessário

22. Notas de Rodapé (nas tabelas e figuras)

- Utilizar como símbolos das notas de rodapé: letras alfabéticas, em ordem sequencial, sobrescritas e entre parênteses. Ex: Valor de $p(a)$ - As letras alfabéticas devem aparecer tanto no interior da tabela/figura, quanto na nota de rodapé localizada abaixo da tabela/figura. - A descrição de siglas em notas de rodapé nas tabelas não precisam utilizar os símbolos (letras alfabéticas). Podem ser informadas no rodapé somente com a sigla e a sua descrição.

23. Citações no texto

- Sequencial, em ordem crescente, sem pular referência, iniciando na citação 1. - Em números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (1) - Várias referências em uma única citação, sendo elas sequenciais: informar somente a primeira e a última referência, com um traço entre as duas. Ex: (5-9) - Várias referências em uma única citação, sendo elas intercaladas e não sequenciais: informar todas as referências separando-as por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14, 21) - Várias referências em uma única citação, sendo elas intercaladas e sequencias: utilizar as duas orientações acima em uma mesma citação. Ex: (5-9,14,21) - Quando as citações forem inseridas ao lado de um ponto final ou vírgula, como acontece na maioria dos casos, elas devem estar localizadas antes destes, e não após. - Citações “ipsis literes”: entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto. - Itens não permitidos: espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede; indicação da página consultada; nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico; citações nas Conclusões.

24. Referências

A veracidade dos dados que compõem cada referência e a exatidão do formato são de responsabilidade dos autores. As citações de autores e de periódicos nas bases de dados é altamente relacionada à exatidão das referências informadas pelos autores nos artigos

publicados, portanto, solicita-se máximo cuidado e atenção à este item. - Para o formato das referências, seguir o estilo do Citing Medicine, 2ª edição - Quantidade máxima de referências: até 25 (Artigos Originais), sem limite (Artigos de Revisão) - Artigos em português que também foram publicados em inglês devem ser citados em inglês. - Títulos de periódicos nacionais devem ser abreviados de acordo com o Catálogo Nacional de Publicações Seriadas (CCN)) - Títulos de periódicos internacionais devem ser abreviados de acordo com o Catálogo da Biblioteca Nacional de Medicina (NLM))

- Alguns modelos de referências:

Artigo de periódico

Veronesi U, Maisonneuve P, Decensi A. Tamosifen: an enduring star. J Natl Cancer Inst. 2007;99(4):258-60

Artigo de periódico com mais de seis autores

Hallal AH, Amortegui JD, Jeroukhimov IM, Casillas J, Schulman CI, Manning RJ, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately detects common bile duct stones in resolving gallstone pancreatitis. J Am Coll Surg. 2005 Jun;200(6):869-75.

Artigo no prelo

Loudon RP, Silver LD, Yee HF Jr, Gallo G. RhoA-kinase and myosin II are required for the maintenance of growth cone polarity and guidance by nerve growth factor. J Neurobiol. Forthcoming 2006.

Livro

Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, Glass RM, Glitman P, Lantz JC, et al. American Medical Association manual of style. 9th ed. Baltimore (MD): Williams & Wilkins; 1998. 660 p.

Capítulo de livro

Whiteside TL, Heberman RB. Effectors of immunity and rationale for immunotherapy. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Bast RC Jr, Gansler TS, Holland JF, et al., editors. Cancer medicine 6. Hamilton (ON): BC Decker Inc; 2003. p. 221-8.

Tese e Dissertação

Jones DL. The role of physical activity on the need for revision total knee arthroplasty in individuals with osteoarthritis of the knee [dissertation]. Pittsburgh (PA): University of Pittsburgh; 2001. 436p.

Roguskie JM. The role of *Pseudomonas aeruginosa* 1244 pilin glycan in virulence [master's thesis]. Pittsburgh (PA): Duquesne University; 2005. 111 p.

Documentos da Internet

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2000 [cited