



UC/FPCE\_2013

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Impacto da Crise Socioeconómica na Saúde Mental e  
no Consumo de Substâncias**

Tânia Raquel da Cruz Salgueiro

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia – Ramo de  
Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento sob a  
orientação do Professor Doutor José Tomás da Silva

### **Impacto da Crise Socioeconómica na Saúde Mental e no Consumo de Substâncias**

Este estudo tem como finalidade estudar o Impacto da Crise Socioeconómica na Saúde Mental e no Consumo de Substâncias. A amostra inclui 360 estudantes dos três cursos existentes na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Trata-se de um estudo correlacional/não experimental, com recurso a investigação por questionário. Os instrumentos utilizados foram: “*Questionário Sociodemográfico e Percurso Académico*”; “*Questionário sobre o Impacto da Crise Socioeconómica*”; “*Satisfaction With Life Scale (SWLS)* (Diener et al., 1985), Versão Portuguesa de Simões (1992)”; “*Brief Symptom Inventory (BSI)*” (L. Derogatis, 1982), Versão Adaptada M. C. Canavarro (1999); “*Questionário sobre os Padrões de Consumo de Substâncias*”, e ainda, “*Positive And Negative Affect Schedule (PANAS)* (Watson, Clark & Tellegen, 1988), Versão Portuguesa Galinha e Pais-Ribeiro (2005).

Os resultados revelam que 90.5% da amostra ( $N= 124$ ) considera que toma psicofármacos devido à crise socioeconómica, e o facto de terem algum familiar no desemprego também influencia a toma de psicofármacos ( $N= 66$ ; 95.7%), revelando uma relação positiva entre a crise socioeconómica e o consumo de psicofármacos.

Os sujeitos que têm receio do futuro em comparação com os que não estão receosos, apresentam um menor nível de satisfação com a vida, um índice maior de psicopatologia e depressão, uma afetividade positiva menor e uma afetividade negativa mais elevada.

Quanto à influência da crise no consumo de substâncias, apenas se verificou para o consumo de cannabis ( $N= 71$ ; 67%). Já a influência do grupo de pares, revelou-se essencialmente no consumo de álcool ( $N=283$ ; 78.6%).

Os resultados indicam a importância de se implementarem mais programas preventivos e de se efetuarem mais estudos nesta área, de forma a entender melhor os efeitos da crise na saúde mental e no consumo de substâncias.

**Palavras-chave:** crise socioeconómica, saúde mental, depressão, consumo de substâncias

### **Socioeconomic Impact of Crisis in Mental Health and Substance Consumption**

This study aims to study the SocioEconomic Impact of the present economical Crisis in Mental Health and Substance Consumption. The sample includes 360 students from the three existing courses at the Faculty of Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra. It is a non-experimental/correlational study, using research by questionnaire. The instruments used were: "Sociodemographic Questionnaire and Academic Career", "Survey on the Impact of Socio-Economic Crisis"; "Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985), Portuguese version of Simões (1992)"; "Brief symptom Inventory (BSI) "(L. Derogatis, 1982), Adapted Version M. C. Canavarro (1999), "Survey on Substance Consumption Patterns," and yet, Positive And Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988), Portuguese version Galinha and Pais-Ribeiro (2005).

The results reveal that 90.5% of the sample ( $N = 124$ ) considers taking psychiatric drugs because of the socio-economic crisis, and the fact that they have a relative in unemployment also influences the intake of psychotropic drugs ( $N= 66, 95.7\%$ ), showing a positive relationship between the socioeconomic crisis and the use of psychotropic drugs.

The students who are more afraid of the future compared with those who are not afraid, have a lower level of life satisfaction, a higher rate of psychopathology and depression, lower positive affectivity and negative affectivity higher.

As for the influence of the crisis in substance abuse, the only effect noted was over cannabis use ( $N = 71, 67\%$ ). In what concerns the influence of the peer group, our results revealed its influence mainly in alcohol consumption ( $N= 283, 78.6\%$ ).

The results indicate the importance of implementing more preventive programs and to pursue further studies in this area in order to better understand the effects of the crisis in mental health and substance abuse.

**Key-Words:** socioeconomic crisis; mental health; depression; substance consumption

### **Agradecimentos**

Gostaria aqui de agradecer a quem partilhou comigo este trabalho e lhe trouxe novas arestas...

Ao meu orientador, Professor Doutor José Tomás da Silva, pelo empenho e interesse demonstrado. Pela paciência, apoio, incentivo, assim como pela serenidade que transmite.

À Dra. Lurdes Mateus pela disponibilidade e incentivo ao longo de todo este trabalho.

À Dra. Isabel Keating, pela sua partilha de conhecimento, por me permitir explorar outros caminhos e por todo o incentivo e força que me transmitiu.

Aos meus pais pelas palavras de encorajamento, pelo apoio incondicional, carinho e admiração que me transmitiram ao longo do meu trajeto académico.

A todos os meus amigos, em especial à Inês Fernandes, que sempre se mostrou disponível para me ajudar, bem como me encorajar nos momentos de maior cansaço e angústia.

Ao Pedro, por compreender todas as minhas “ausências” e pelo espírito crítico que me proporcionou novas aprendizagens.

Por fim, agradeço a todos os que de uma forma direta ou indireta me apoiaram, e aos que aqui não nomeei, mas que contribuíram para a execução deste trabalho. Que todos se revejam nesta “soma das partes”.

## Índice de Tabelas

Tabela I – Estatísticas descritivas e estimativas da consistência interna das escalas ( <i>BSI</i> ; <i>SWLS</i> e <i>PANAS</i> ).....	19
Tabela II – Influência da crise socioeconômica no consumo de psicofármacos.....	20
Tabela III – Relação entre o desemprego na família e o consumo de psicofármacos (Teste do Qui-Quadrado).....	20
Tabela IV – Influência da crise socioeconômica no consumo de substâncias.....	21
Tabela V – Frequências relativas ao receio do futuro.....	21
Tabela VI – Médias, Desvios-Padrão, e Testes Estatísticos referentes às Escalas <i>SWLS</i> , <i>BSI</i> e <i>PANAS</i> em função da percepção do receio do futuro.....	22
Tabela VII – Influência do grupo de pares no consumo de substâncias: frequências, percentagens e teste qui-quadrado.....	23

## Índice de Siglas

- BSI – *Brief Symptom Inventory*  
DSM – IV – TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision  
E.U.A. – Estados Unidos da América SWLS – *Satisfaction With Life Scale*  
IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência  
IGS – Índice Geral de Sintomas  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
NA – Negative Affect  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
PA – Positive Affect  
PANAS – *Positive And Negative Affect Schedule*  
U.E. – União Europeia  
UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization  
WHO – World Health Organization

## Índice

Introdução .....	1
I – Enquadramento conceptual .....	2
Capítulo 1 .....	2
Crise económica e saúde mental.....	2
Políticas de Prevenção dos efeitos da crise .....	4
Capítulo 2 .....	5
Depressão .....	5
Os sintomas da depressão.....	5
Capítulo 3 .....	7
Os jovens e o consumo de substâncias.....	7
Prevalência do Consumo de Substâncias Ilícitas .....	12
II - Objetivos .....	13
III - Metodologia.....	14
Descrição da amostra .....	14
Procedimento .....	15
Descrição dos Instrumentos.....	15
Questionário Sociodemográfico e Percurso Académico.....	15
Questionário sobre o Impacto da Crise Socioeconómica .....	16
Satisfaction With Life Scale (SWLS) .....	16
Brief Sympton Inventory (BSI).....	16
Questionário sobre os Padrões de Consumo de Substâncias	18
Positive And Negative Affect Schedule (PANAS) .....	18
IV - Resultados .....	19
V - Discussão .....	23
VI - Conclusões .....	25
Bibliografia.....	27
Anexos.....	30
Anexo A .....	30
Anexo B.....	30

## Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011), um dos maiores impactos das crises económicas, são os efeitos que estas trazem para a saúde mental e física dos povos afetados. Está comprovado que muitos dos problemas de saúde mental, estão relacionados com pobreza, desigualdade e outros fatores económicos e sociais.

A crise económica que Portugal atravessa, tem sido um fator importante no declínio da economia, no aumento do desemprego, no aumento do número de pessoas que vive em endividamento e num estado de pobreza cada vez mais profundo e generalizado. Todos estes fenómenos têm um impacto negativo na saúde mental.

A saúde mental não se resume meramente à ausência de desordens fisiológicas e/ou de patologias, consistindo também no bem-estar geral do indivíduo. Uma boa saúde mental, permite um melhor uso das faculdades intelectuais e flexibilidade emocional que são as bases para um comportamento social adaptativo em face do stress, fator tido como importante para um funcionamento saudável das famílias e da sociedade.

As crises económicas são, portanto, momentos de alto risco para o bem-estar mental da população e das pessoas afetadas assim como das suas famílias.

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2011), na U.E. há registos de que o aumento do desemprego surge associado, a curto-prazo, a aumento de mortes prematuras por violência intencional, incluindo suicídio, e consumo de álcool; essas repercussões podem ser menos relevantes nos países com redes de segurança social eficazes e em que sejam tomadas medidas políticas adequadas de apoio. Os estudos sobre as crises económicas e sociais nos vários continentes referenciam também um aumento da mortalidade geral, quer em crianças quer em adultos; nestes últimos, nomeadamente, devido a doenças cardiovasculares, e igualmente por infeções respiratórias e doenças hepáticas crónicas.

Várias investigações demonstram igualmente que o desemprego, o empobrecimento e as distorções familiares desencadeiam ou precipitam problemáticas na saúde mental, em que se destacam a depressão, o alcoolismo e o suicídio. (e.g., Paul & Moser, 2009; Cooper, 2011).

Em Portugal não existe um sistema de monitorização dos efeitos da crise na saúde. Deste modo, não é possível acompanhar com dados objetivos os reais efeitos da crise na saúde dos portugueses (OPSS, 2011); donde os dados internacionais que se referem a seguir, não podem ser transpostos diretamente para a nossa realidade, devendo por isso, ser perspetivados a título indicativo.

Segundo o relatório de Primavera do OPSS (2011), no total do período em análise (2002-2011) observou-se um aumento de 15,3% no consumo de ansiolíticos, resultante de um ligeiro acréscimo de consumo em cada ano até 2010, onde atingiu o seu valor mais elevado. No que respeita ao mercado de antidepressivos, considerando o mesmo período em análise, este apresenta sempre uma evolução positiva e crescente em consumos, sendo o valor máximo registado em 2011.

A depressão, à luz de vários estudos (e.g., Murphy & Athanasou, 1999; Cooper, 2011; OMS, 2012), parece estar relacionada cada vez mais



com os efeitos provocados pelas crises económicas, contribuindo para o aumento do consumo de ansiolíticos e antidepressivos, e para um agravamento dos problemas de saúde mental.

De acordo com alguns autores (Hawkins, Catalano & Miller, 1992) os fatores de risco mais comuns, para o consumo de substâncias, podem colocar-se em três domínios: personalidade, fatores interpessoais e fatores contextuais. Além disso sabe-se que as situações de precariedade económica têm efeitos na adoção e intensificação de comportamentos de risco. Assim, com este estudo, e num momento particularmente agudo e austero do ajustamento financeiro português, parece ser pertinente analisar a relação entre a crise socioeconómica e o consumo de substâncias, bem como o grau de psicopatologia dos Portugueses.

Por todos estes motivos, é objetivo principal do presente estudo analisar se a crise socioeconómica tem impacto na saúde mental e no consumo de substâncias, principalmente, no consumo de psicofármacos.

A compreensão e o conhecimento desta realidade permitirão desenvolver estratégias preventivas e psicoterapêuticas mais eficazes para lidar com estas situações adversas.

O presente estudo divide-se em seis partes: a primeira, o enquadramento teórico, que apresenta a literatura acerca da crise socioeconómica e dos seus efeitos na saúde mental, e ainda, os fatores de risco e de proteção para o consumo de substâncias. Na segunda parte são apresentados os objetivos e hipóteses deste estudo. A terceira parte diz respeito à metodologia, onde se faz a caracterização da amostra, do procedimento e dos instrumentos utilizados. Na quarta parte apresentam-se os resultados. A quinta parte refere-se à discussão com base na literatura e, por último, delinham-se as principais conclusões e limitações do estudo.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **Capítulo 1**

#### **Crise económica e saúde mental**

A crise económica tem sido associada a efeitos secundários na saúde mental que podem aumentar o suicídio e as taxas de mortalidade (OMS, 2012). No entanto, os efeitos da crise na saúde mental podem ser compensados pelo bem-estar social e por outras medidas políticas. Por exemplo, no mercado de trabalho ativo, programas destinados a ajudar as pessoas a manter ou a recuperar empregos, poderiam contrariar os efeitos da crise económica na saúde mental.

Sabe-se que os problemas de saúde mental estão relacionados com privação, pobreza, desigualdade e outras determinantes sociais e económicas. As crises económicas são, portanto, momentos de alto risco para o bem-estar mental da população e das suas famílias.

A crise económica que começou em 2007 levou a declínios significativos na atividade económica, aumento do desemprego, problemas nos mercados de habitação e um número crescente de pessoas que vivem na pobreza.

De facto, sabemos que o desemprego involuntário, frequentemente uma consequência das recessões económicas, está associado a uma menor saúde mental, como aliás mostram diversos estudos de meta-análise que se

debruçaram sobre o tema (e.g., Paul & Moser, 2009).

Em Portugal, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) considera no relatório de Primavera referente a 2012, que a crise agrava os problemas de saúde mental e de dependências, bem como a prevalência de doenças infecciosas. Os dados revelam também que os efeitos da crise socioeconómica na saúde mental têm várias manifestações, tais como: depressão, perda de autoestima, ansiedade e risco de comportamentos suicidas. Para provar este efeito, o OPSS dá como exemplo a Grécia, no período entre 2007 e 2009, quando os suicídios aumentaram 17%. Referindo-se a Portugal, o OPSS cita os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2010, segundo os quais os valores do suicídio foram mais elevados do que os acidentes com transportes.

A saúde mental é uma parte indivisível da saúde pública e afeta significativamente os países e o seu capital humano, social e económico. A saúde mental não é apenas a ausência de distúrbios mentais ou de sintomas, mas também um recurso de apoio geral de bem-estar e produtividade. Saúde mental positiva é um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe a sua capacidade, para lidar com as tensões normais de vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade (OMS, 2011).

A boa saúde mental permite a flexibilidade cognitiva e emocional, que são a base para as habilidades sociais e de resiliência em face de stress. Este capital mental tem importância vital para o funcionamento saudável das famílias, comunidades e sociedade em geral.

Tendo em conta que a saúde mental é multideterminada, seguidamente irá fazer-se referência aos fatores ambientais e socioeconómicos que lhe estão intimamente associados.

Hoje poucos duvidam que a saúde mental é determinada por fatores ambientais e socioeconómicos (OMS, 2011). Uma crise económica afeta sempre os fatores determinantes da saúde mental, em geral, os fatores de proteção ficam enfraquecidos e os fatores de risco ficam reforçados.

A segurança no trabalho, a sensação de controlo sobre o trabalho e de apoio social no trabalho são fatores que promovem a saúde mental dos trabalhadores. Um emprego estável, um rendimento seguro e capital social favorecem uma boa saúde mental.

Por outro lado, a pobreza, os problemas financeiros e a privação social são os principais fatores de risco para problemas de saúde mental e aparecimento de doenças várias (Cooper, 2011). A saúde mental é afetada por fatores como a insegurança e desesperança, baixa escolaridade, o desemprego, endividamento, isolamento social e a habitação precária.

O sector da saúde, obviamente, não pode por si só ser responsabilizado pelo estado da saúde mental dos cidadãos (e.g. Álvaro Carvalho, coordenador do Plano Nacional para a Saúde Mental, entrevista ao Jornal Correio da Manhã, dia 23 de Fevereiro de 2013). Todos os sectores do governo têm de estar envolvidos na promoção da saúde mental e as organizações não-governamentais e a sociedade civil têm igualmente um importante papel neste âmbito.

A atual crise económica influencia o aumento da pobreza na União Europeia, atingindo, maioritariamente, as pessoas com baixos rendimentos. Os grupos mais vulneráveis são as crianças, jovens, famílias monoparentais, desempregados, minorias étnicas, imigrantes e idosos.

A pesquisa sobre o tema revelou que as pessoas desempregadas e as famílias pobres têm um risco significativamente maior de problemas de saúde mental, como depressão, transtornos de uso de álcool e suicídio. A

acumulação de resultados empíricos permite afirmar que o desemprego contribui para a depressão e o suicídio, e os jovens desempregados têm um maior risco de contrair problemas de saúde mental do que os jovens que permanecem empregados. Deste modo, a crise económica provavelmente afeta negativamente a saúde, especialmente a saúde mental (OMS, 2011).

### **Políticas de Prevenção dos efeitos da crise**

As escolhas políticas determinam se a recessão económica vai afetar significativamente a saúde mental. De acordo com Cooper (2011), dados recentes sugerem que programas preventivos no mercado de trabalho poderiam ajudar as pessoas a manter os empregos, ou a rapidamente recuperar o emprego. De facto, estes programas conjuntamente com as medidas de apoio à família, restrições na disponibilidade de álcool, programas de redução das dívidas e acesso a serviços relacionados com a saúde podem ser eficazes na prevenção ou minorar os efeitos adversos da recessão sobre a saúde mental.

Segundo Krugman (2009), as crises económicas resultam em mudanças menores na saúde mental da população nos países com fortes redes de segurança social. Os dados europeus indicam que a desigualdade na saúde não aumenta, necessariamente, durante uma recessão em países com boa proteção social. Já a falta de proteção social pode agravar os efeitos da crise na saúde das pessoas.

A pesquisa atual (OMS, 2011) sugere que os efeitos das intervenções implementadas para melhorar a saúde mental em períodos de crises económicas dependem da ação em cinco áreas principais:

- 1) Programas de políticas ativas do mercado;
- 2) Programas de apoio às famílias;
- 3) Controlo da disponibilidade e dos preços do álcool;
- 4) Cuidados primários para as pessoas com problemas de saúde mental de alto risco;
- 5) Programas de alívio da dívida.

Em suma, os efeitos da atual crise económica sobre a saúde mental apresentam uma oportunidade de reforçar as políticas que não só diminuem o impacto da recessão sobre as mortes e lesões decorrentes de atos suicidas, mas também os transtornos por consumo de substâncias. A análise da literatura também mostra que as consequências negativas das crises económicas na vida das pessoas podem ser contrariadas e significativamente atenuadas. Os governos poderiam considerar orçamentos de reorientação para proteger as populações, agora e no futuro, com um orçamento de medidas que mantêm pessoas empregadas, de forma a ajudar aqueles que perdem os empregos e as suas famílias (Krugman, 2009). A prestação de serviços de saúde mental precisa de ser fortalecida por esforços contínuos para desenvolver os cuidados de saúde mental universais, apoiados pelo incentivo financeiro para atender com boa qualidade a comunidade.

De seguida, vamos deter-nos mais detalhadamente sobre alguns domínios do funcionamento psicossocial, associados com as situações de crise económica.

## Capítulo 2

### Depressão

Cada vez mais, através dos meios de comunicação, chegam até nós notícias de diversos casos de depressão, e alguns deles, acabam por ter um desfecho extremamente negativo, como é o caso do suicídio. A falta de emprego, as condições de trabalho precárias, o empobrecimento das famílias, faz com que as pessoas fiquem desmotivadas, tristes e, em muitos casos, deprimidas.

De acordo com o psiquiatra Álvaro Carvalho, coordenador do Plano de Prevenção da Depressão e do Suicídio (em entrevista ao Jornal Correio da Manhã, dia 23 de Fevereiro de 2013), os estudos mais recentes apontam para uma prevalência global das doenças mentais em Portugal de 22%. Em cada ano, 7% da população sofre de depressão e o suicídio será responsável anualmente por cerca de 10 mortes em cada 100 mil pessoas. Numa população de dez milhões esta cifra corresponde a mil pessoas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) já veio alertar para um possível aumento do suicídio entre os jovens adultos, precisamente devido ao desemprego. A falta de trabalho é um potencial desencadeador de crise emocional, ansiedade e depressão e quanto menos tempo uma pessoa estiver desempregada menos risco tem de entrar em crise. Por todos estes aspetos, é essencial clarificar o conceito de depressão, bem como os seus sintomas.

De acordo com vários autores (e.g., Montgomery, 2000; Pires, 2004; Coimbra de Matos, 2007), a depressão faz parte de um conjunto de distúrbios designados genericamente por distúrbios de humor, ou seja, perturbações em que existem mudanças acentuadas, ou severas, nos estados de alegria e tristeza, bem como na motivação para realizar a maior parte das coisas da vida e na energia necessária para as fazer. No entanto, não deve confundir-se tristeza com depressão, ou desmotivação, ou falta de energia.

A depressão afeta, de modo mais ou menos pronunciado, toda a pessoa, o que significa que esta sofre alterações em várias dimensões da sua vida, dos seus afetos, das suas formas de pensar e das suas relações com os outros.

### Os sintomas da depressão

Uma característica fundamental de um estado depressivo é a incapacidade para sentir prazer, no sentido lato do termo. A vida é sentida como vazia. Também podem tornar-se muito evidentes determinadas emoções negativas, como a irritabilidade, a ansiedade, o medo, a angústia e um sentimento de culpa associado a toda a impotência que a pessoa sente. Sentimentos de tristeza, vergonha e ciúme compõem este cenário emocional depressivo (Coimbra de Matos, 2007).

Ao nível da motivação, e na perspetiva de Montgomery (2000), quando uma pessoa está deprimida, é normal que se sinta desmotivada para fazer qualquer tarefa. E as coisas/tarefas mais simples e rotineiras tornam-se insuportáveis e sem qualquer interesse.

Segundo Pires (2004), também o modo de pensar da pessoa com depressão sofre alterações. Podem mencionar-se dois tipos de alterações relacionadas com o pensamento: 1) a concentração, o raciocínio e a memória ficam afetados, na medida em que quando se está deprimido(a) não se consegue prestar atenção às coisas, por mais simples que sejam. O raciocínio

também fica afetado, tornando-se confuso, baralhado, ou mesmo bloqueado; 2) o pensamento sobre a própria pessoa, o mundo e o futuro também se torna disfuncional, isto é, o pensamento torna-se pessimista. A depressão é caracterizada por pensamentos de morte e de suicídio. Encontra-se ideação suicida em cerca de 80% dos doentes e, embora de início se mostrem frequentemente relutantes em admitir que pensaram em auto-agressão, a pergunta directa parece representar a oportunidade desejada de discutir estes pensamentos desagradáveis.

Quanto ao comportamento, este desde logo, caracteriza-se por ser de uma natureza restritiva, auto-limitativa, monótona. A pessoa abandona gradualmente as atividades que costumavam dar-lhe prazer. No entanto, a pessoa, por vezes, torna-se agitada, tendo muita dificuldade em manter-se sossegada e descontraída, o que leva a um grande estado de ansiedade (Montgomery, 2000).

De acordo com Coimbra de Matos (2007), na depressão também ocorrem mudanças fisiológicas que são características de todos os distúrbios que envolvem stress. Essas alterações envolvem a libertação de cortisol (um esteroide associado ao stress) de forma continuada e, por outro lado, a diminuição de alguns neurotransmissores relacionados com a atividade e o humor (como a norepinefrina e a serotonina, por exemplo).

Importa ainda referir as alterações dos padrões do sono e do apetite. As pequenas alterações dos padrões do sono constituem um bom indicador da depressão; a pessoa pode referir dificuldade em adormecer ou, noutros casos, sono interrompido ou despertar precoce. Ao nível do apetite pode mencionar-se que algumas pessoas podem estar moderadamente deprimidas e continuar a alimentar-se normalmente ou, em alguns casos, podem comer mais do que o habitual. A perda de apetite com acentuada redução da ingestão de alimentos é, em geral, encontrada principalmente nos casos mais graves de depressão (e.g. World Health Organization, 2008).

Resumindo, existem vários sintomas que caracterizam a depressão, tais como: tristeza ou humor deprimido; perda do interesse ou do prazer; perda de energia ou fadiga; alterações nos padrões de sono; pessimismo, inutilidade e culpa; pensamentos de morte e de suicídio e alterações no apetite são os sintomas mais comuns.

Numa altura em que o país atravessa uma crise socioeconómica profunda, onde as condições de vida sofrem alterações bruscas e repentinas, era essencial apostar nos profissionais de saúde mental, de forma a apoiar as pessoas, ajudando-as a lidar com os seus problemas e preocupações. Se existissem mais formas de apoio psicológico, talvez o consumo de antidepressivos e ansiolíticos diminuísse.

A depressão também pode ser considerada como fator de risco para o consumo de substâncias (Vinagre & Lima, 2006). Deste modo, irá fazer-se referência com base na revisão da literatura, aos principais fatores de risco e fatores de proteção que influenciam o consumo de substâncias, uma vez que, muitas vezes os consumos excessivos podem provocar danos no funcionamento biopsicossocial do indivíduo.

### Capítulo 3

#### Os jovens e o consumo de substâncias

##### *Fatores de risco*

Investir na saúde do jovem é investir no futuro, o que garante às populações benefícios para a saúde e também benefícios financeiros e sociais. A promoção da saúde do jovem tem implicações positivas para o resto da população, uma vez que a doença no jovem produz efeitos nos seus pais e na sua família alargada (Fonseca, 2010).

De acordo com alguns autores (Hawkins, Catalano & Miller, 1992) existem fatores de risco que podem levar ao aumento de determinado comportamento, nomeadamente, o consumo de substâncias. Para os autores referidos, os fatores de risco mais comuns podem colocar-se em três domínios: personalidade, fatores interpessoais e fatores contextuais.

No domínio da personalidade, são incluídas diferenças genéticas e bioquímicas, procura de novas sensações, baixa autoestima, alienação, impulsividade, agressividade, a existência de comportamentos antissociais, e problemas emocionais.

Relativamente às características pessoais, importa salientar a procura de sensações que de acordo com Yamovitzky (2006, *cit in*. Matos, 2008) se define por uma necessidade de ter um conjunto de experiências novas, variadas, e intensas que levam os jovens a terem comportamentos de risco, com o objetivo de alcançarem essas sensações. Este aspeto das características pessoais é mencionado como um forte e positivo preditor do envolvimento dos jovens em comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco, entre outros.

Em conformidade com o autor referido anteriormente, a associação entre a procura de novas sensações e o consumo de substâncias é explicada de diferentes formas: uma explicação reporta ao facto do consumo de substâncias ser ilegal podendo este risco ser estimulante. Outra razão prende-se com o facto de as substâncias eventualmente serem consideradas como um estímulo adicional. Todavia, a procura de novas sensações, muito comum na juventude, interage com fatores sociais e contextuais, influenciando o consumo de substâncias.

As características individuais e de personalidade afetam indiretamente o consumo de substâncias na juventude, através de agentes de socialização primária, tais como pares consumidores. De forma diferente, os fatores psicossociais influenciam a escolha de amigos/pares, e a sua associação com elementos do grupo de pares influenciam diretamente o consumo de substâncias (Fonseca, 2010).

No domínio interpessoal, podem incluir-se fatores associados à família, aos pares e à escola. Neste âmbito salientam-se as atitudes parentais favoráveis ao consumo, fracas ligações familiares, a presença de conflitos familiares, associação com pares consumidores, rejeição dos pares, insucesso escolar, baixo ajustamento escolar e baixas aspirações académicas. Ao nível do domínio contextual, são fatores de risco a não conformidade, a existência de normas e regras que refletem atitudes favoráveis ao consumo e a facilidade de acesso a substâncias (Vinagre & Lima, 2006).

Hawkins et. al., (1992) referem que os conflitos familiares e os baixos níveis de coesão familiar são fortes preditores do consumo de álcool e drogas nos jovens.

A disfunção familiar e outros agentes stressores psicossociais parecem funcionar como fatores de risco cumulativos que conduzem a um aumento

da vulnerabilidade e à influência negativa dos pares. Contudo, os pais podem modificar a influência dos pares através de uma relação de proximidade com os jovens que inclua elementos como a ligação, aceitação, disponibilidade e diálogo (Maia, Simões & Matos, 2007).

É relevante salientar que a pesquisa realizada por Kim et al., (2002, *cit. in.* Matos, 2008) apoia um modelo de fatores de risco múltiplos para o consumo de substâncias nos jovens, isto é, o comportamento de consumo só pode ser explicado por uma conjugação de fatores múltiplos, exercendo alguns deles maior importância na juventude, como é o caso da influência do grupo de pares.

Em síntese, vários fatores (considerados de risco) contribuem para o início e continuação/aumento do consumo de substâncias durante a fase da juventude, sendo importante destacar o aumento da independência, o consumo por parte de amigos ou familiares, a disponibilidade percebida da substância e a influência do grupo de pares

O risco é consequência de uma decisão relativa à exposição a situações nas quais se procura a satisfação de um desejo, onde existe a possibilidade de perda, sofrimento físico ou psicológico, inclui a participação em atividades ou formas específicas de comportamento que podem comprometer a saúde física e mental ou aumentar a susceptibilidade a uma determinada doença. Muitos destes comportamentos podem estar relacionados com o carácter exploratório que representa o período da juventude, assim como pela influência do meio (grupo de pares e família). Os comportamentos de risco são usualmente considerados ameaças ao desenvolvimento saudável da população juvenil e estão associados a consequências físicas e mentais, morbidade e mortalidade (Matos, 2008).

Quando estes comportamentos de risco não são precocemente identificados, podem levar à consolidação de atitudes prejudiciais para a saúde e desenvolvimento do jovem, com consequências significativas ao nível individual, familiar e social.

Muitos jovens adotam comportamentos de risco, como a condução pouco segura, abuso de substâncias, comportamento sexual não protegido, perturbações alimentares, delinquência, suicídio e desportos perigosos, que podem constituir uma ameaça à vida, tendo em comum a existência de consequências incertas e potencialmente negativas.

### ***Fatores de Proteção***

Os fatores protetores podem ser definidos como uma influência que previne, limita ou reduz o consumo de substâncias, e que podem proteger, opor-se, neutralizar, e interagir com os fatores de risco ao longo do tempo (Kim et al., 2002 *cit. in.* Matos, 2008). Também podem ser agrupados com base em três domínios: personalidade, interpessoal e contextual (escola, família e espaços/relações de vizinhança, comunidade).

No domínio da personalidade, é incluída a baixa depressão, a elevada autoestima, a perceção de sanções como resultado do consumo, a aceitação e a crença em normas sociais (Vinagre & Lima, 2006).

No domínio interpessoal, vários estudos enfatizam que o envolvimento familiar parece poder atrasar ou prevenir o início do consumo de substâncias. Tem-se verificado um menor consumo em relacionamento parental não conflituoso e afetivo (Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

Os fatores protetores relacionados com o grupo de pares incluem o tempo despendido com amigos depois das aulas e baixa pressão dos pares para o consumo de substâncias (Ferreiros, Soares & Negreiros, 2009).

As variáveis relacionadas com o envolvimento escolar, e as expectativas de performance escolar elevadas, também foram consideradas como fatores de proteção. Os baixos níveis de conflitos escolares e um ambiente de aprendizagem positivo diminuem os fatores relacionados com o consumo de substâncias (Fonseca, 2010).

Seguidamente irá analisar-se de modo mais pormenorizado a forma como a família, o grupo de pares e a escola podem influenciar positivamente ou negativamente o comportamento de consumo dos jovens.

Muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da própria saúde são aprendidos no contexto familiar durante os primeiros anos de vida. O estilo de vida, os hábitos, a higiene, a nutrição, a atividade física, as competências sociais e estratégias de comunicação são aspetos fulcrais da educação do jovem. Quando existem falhas em alguns destes aspetos existem fortes possibilidades de surgimento de perturbações ao nível da saúde.

Vários estudos sobre o ambiente familiar referem que a estrutura familiar e os padrões de comunicação estão relacionados com o consumo de substâncias. Os jovens que referem consumir substâncias, afirmam que os seus pais estão menos envolvidos no relacionamento com eles, assim como têm maiores problemas de comunicação com os mesmos (Vinagre & Lima, 2006).

A família tem influência de diversas formas, nomeadamente funcionando como modelo, comunicando com o jovem ou oferecendo informações. Os fatores sociais e afetivos relacionados com a família podem ser considerados fatores protetores. Vários estudos demonstram que a influência parental é um fator preditor de um menor envolvimento juvenil em comportamentos de risco. A existência de um ambiente relacional estável, com supervisão e apoio, suporte moral, valores e normas, relações positivas e estáveis são os fatores que têm maior correlação com a diminuição dos comportamentos de risco entre os jovens (Ferreiros, Soares & Negreiros, 2009).

Os pares formam um importante fórum para os jovens no âmbito do relacionamento social, constituindo assim um aspeto chave no desenvolvimento da independência durante a juventude.

A influência dos pares é um aspeto complexo, sendo importante ter em consideração a qualidade desse relacionamento. Estas relações são, por vezes, referidas como potencialmente perigosas, no entanto, a ausência deste tipo de interações pode também colocar o jovem em risco. Desta forma, a presença do grupo de pares nem sempre representa o envolvimento em comportamentos de risco, podendo agir como um fator de proteção (Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

De acordo com Kirby (2001, *cit in*. Matos, 2008), é fundamental ter-se em consideração a qualidade do relacionamento com o grupo de pares, pois esta é parte integrante da estabilidade, intimidade e apoio que se desenvolve durante a juventude. A forma como o jovem se sente, é aceite, amado, e envolvido em relações com comunicação aberta está relacionada com a autoconfiança e socialização que vão contribuir para uma melhor adaptação, por exemplo, ao contexto escolar; os jovens que pertencem a redes de pares apresentam níveis inferiores de problemas psicológicos, stress, e depressão. O relacionamento pró-social com os pares (pares que apresentam maior responsabilidade e um maior número de capacidades sociais e psicológicas) pode atuar como fator protetor do consumo de substâncias.

Na Europa os jovens entre os 14 e os 16 anos passam cerca de dois



terços do tempo na escola (Matos, 2008). A escola tem um papel importante, influente e determinante no ambiente social juvenil, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia.

Alguns estudos têm procurado perceber o efeito que o consumo de substâncias tem no desempenho escolar. Por exemplo, Ferguson e colaboradores (2003), citado por Matos, (2008) comprovaram que o consumo de álcool e drogas (em especial a Cannabis) tem um efeito negativo na performance escolar.

A literatura é consensual defendendo que para uma melhor compreensão do consumo de substâncias na juventude é essencial o conhecimento das diferentes características e envolvimento que influenciam o funcionamento do indivíduo. Estas características e envolvimento incluem as características pessoais, o envolvimento e as características socioculturais, e a interação entre todas as características anteriores. Esta problemática do consumo de substâncias deve ser vista de forma multidimensional, considerando a interação entre os vários sistemas da vida do jovem.

A relação entre o jovem e o mundo que o rodeia é em geral marcada pela intensidade, na interação como no isolamento. Esta intensidade pode ser perigosa ou protetora, exigindo que sejam delineadas investigações sobre os seus efeitos, assim como programas de prevenção e intervenção.

### ***Consumo de substâncias psicoativas***

O consumo de substâncias pode corresponder a uma quebra no equilíbrio do indivíduo, podendo comprometer o presente e o futuro da própria pessoa, da família e até da comunidade.

A aquisição de hábitos de consumo de substâncias nocivas à saúde pode ser influenciada por diversos fatores tais como a idade, a etnia, a estrutura familiar, o estatuto socioeconómico da família, atitudes de consumo da família e dos amigos, sintomas de stress, ansiedade e depressão, problemas de autoestima e outras características da personalidade, entre outros. De acordo com vários autores, (e.g., Hawkins, Catalano & Miller 1992; Vinagre & Lima, 2006; Fonseca, 2010) o início do uso de substâncias antes dos 15, 16 anos constitui um fator de risco para uma variedade de problemas de saúde mental, de eventual abuso de álcool e drogas e má adaptação no mundo adulto. O stress e a depressão são também considerados fatores de risco para o consumo de substâncias.

### ***Álcool***

“Sabe-se que o álcool é uma das mais antigas substâncias inebriantes, utilizada muitas vezes com abuso, e que exerce sobre o homem um fascínio de experimentação, levando-o a uma busca de vivências de êxtase sensorial, a uma libertação dele próprio, a uma tentativa de se tornar diferente e atenuar males físicos e psíquicos, ou a uma necessidade de se superar” (Sousa, 2008, p.7).

A abordagem científica dos problemas causados pelo consumo excessivo de álcool resultou numa consciencialização dos perigos que este causa à saúde. Ainda assim, estudos recentes revelam que o consumo assumido de substâncias psicotrópicas tem evoluído de acordo com os

percursos civilizacionais, e que, embora numa primeira fase este funcione apenas como substância estimulante, induzindo um estado de euforia, posteriormente provoca dependência, sendo que a tolerância ao seu consumo intenso apresenta elevados riscos biopsicossociais.

No domínio psicológico, é possível localizar um conjunto de fatores associados ao uso do álcool. Determinados traços de personalidade aparecem vinculados ao alcoólico como, por exemplo, regressão emocional, imaturidade, instabilidade, ansiedade, insegurança e fraqueza de ego (Martins, Coelho & Ferreira, 2010).

De acordo com Sousa et al., (2008) o álcool funcionaria como um mecanismo de fuga do indivíduo, devido ao seu sentimento de inadequação, encoberto por ideias de grandeza, perfeccionismo e exibicionismo, apresentados face à sua autoimagem negativa. Estes sujeitos têm também dificuldades em assumir responsabilidades no que concerne a um relacionamento amoroso, talvez também em consequência de complicações psíquicas como a irritabilidade, agressividade, prejuízo na compreensão e alteração da visão do mundo, o que provoca dificuldades no seu relacionamento familiar que se vão agravando com o tempo.

A dependência psíquica aparece quando existe um sentimento de satisfação e um impulso psíquico que exige o consumo regular e contínuo da substância. O estado de dependência é um estado progressivo. A princípio, os sintomas aparecem de forma isolada e, progressivamente, vão aparecendo mais indícios que estão patentes à crescente necessidade da substância na pessoa. A dependência de substâncias, nomeadamente do álcool, encontrou um lugar na versão de classificação norte-americana de perturbações mentais (DSM-IV-TR, 2000), que irá ser referido seguidamente.

Pode afirmar-se que um indivíduo é dependente de substâncias, quando satisfizer três ou mais dos seguintes critérios, durante, pelo menos, doze meses:

1) Quando a tolerância à substância se possa definir por qualquer um dos seguintes aspetos: a) necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; b) diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade da substância.

2) Quando a abstinência da substância provoca um dos seguintes efeitos: a) síndrome de abstinência característica da substância; b) consumo da mesma substância (ou outra relacionada) para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

3) Quando a substância é frequentemente consumida e quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

4) Quando existe desejo persistente da substância e que os esforços para diminuir ou controlar a utilização da mesma sejam ineficazes.

5) Quando é despendida grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos.

6) Quando a participação em importantes atividades sociais, ocupacionais e recreativas é abandonada ou progressivamente diminuída.

7) Quando a utilização da substância é continuada, apesar da insistência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

Nas últimas décadas o consumo de álcool, por parte da população juvenil, tem aumentado, assistindo-se a profundas alterações, tanto em termos de quantidade de consumo, como no que se refere à diversidade de

bebidas comercializadas. Também em Portugal e, em especial aos fins-de-semana, há um aumento do consumo de cerveja e de vinho, por parte da população jovem, o que está a tornar-se um problema social e coletivo de grande dimensão (Galhardo & Marques, 2006).

### ***Tabaco***

Ao fazer uma revisão da literatura, tem-se verificado a existência de alguns fatores que parecem influenciar os jovens para consumirem tabaco, incluindo o comportamento, atitudes e expectativas dos pais e amigos (Vinagre & Lima, 2006).

Os jovens que têm pais fumadores e/ou amigos fumadores, apresentam maiores possibilidades de consumirem tabaco. Tem sido demonstrado que o suporte familiar funciona como fator de proteção contra o consumo de tabaco nos jovens. Também se tem constatado que o grupo de pares que fuma tem uma grande influência no início do hábito de fumar pelo facto de providenciarem o acesso aos cigarros, aumentam a prevalência do hábito de fumar e criam regras com que os jovens se identificam (Matos, 2008). Para Carvalho, (1991) a pressão implícita ou explícita, exercida pelo grupo de pares tem sido demonstrada como uma das maiores razões de início do hábito de fumar nos jovens.

### ***Cannabis***

A cannabis (a droga ilícita mais consumida entre os jovens) tornou-se normativa entre uma minoria substancial de estudantes de liceu provenientes de muitos países industrializados. Na Europa e nos E.U.A. o aumento do consumo de cannabis ocorreu nos anos 90; constatando-se que, os jovens reportavam consumir mais drogas e iniciar os consumos em idades mais precoces (Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

O consumo de cannabis foi e continua a ser bastante comum na Europa num contexto de aumento da disponibilidade da substância por volta dos anos 90. Este crescimento no consumo deu origem ao aumento de tratamentos relacionados com o consumo de cannabis nos países da União Europeia. Não obstante a ausência de consenso, alguns estudos apontam para o uso de cannabis ou de outras drogas ilícitas como algo potenciador dos riscos de abuso de drogas e dependência, problemas de saúde mental e problemas de adaptação em jovens adultos. Um dos fatores referidos como indutor de um aumento do risco de problemas psicológicos e de saúde é a iniciação precoce do uso de cannabis (Fonseca, 2010).

O uso ou experimentação de drogas parece estar mais vinculado à disponibilidade da droga, à tolerância perçecionada e segurança das substâncias enquanto o abuso ocorre num contexto de vulnerabilidade biopsicológica (Carvalho, 1991).

### **Prevalência do Consumo de Substâncias Ilícitas**

O uso e abuso destas substâncias constituem um grave problema social, que afeta todos os cidadãos, não apenas os próprios consumidores, que por sua vez acabam por ter vários problemas biológicos, psicológicos e mesmo sociais (Vinagre & Lima, 2006).

De acordo com Carvalho, (1991) os efeitos das drogas traduzem-se sobretudo na depressão do sistema nervoso central (depressores), distorções ao nível da perceção do tempo e do espaço (alucinogénicos), problemas pulmonares a longo prazo (canabinóides), estimulação do sistema nervoso

central, perda de apetite e perturbações mentais (estimulantes).

Segundo vários autores, a maior parte do consumo destas substâncias geralmente tem início na adolescência, constituindo um dos principais comportamentos problema neste período, e de entre todas as drogas, a cannabis é a mais consumida. De um modo geral são os rapazes que mais consomem drogas ilícitas, exceto no que se refere a drogas psicoterapêuticas (IDT, 2011).

Em Portugal, no estudo realizado pelo IDT em 2007 quer na população geral (15-64 anos), quer na população jovem adulta (15-34), a cannabis (11.7%), foi a substância ilícita mais consumida, seguindo-se a cocaína (1.9%) e o ecstasy (1.3%), com prevalências de consumo ao longo da vida. No contexto das populações escolares, os resultados dos estudos nacionais evidenciaram que o consumo de drogas que vinha a aumentar desde os anos 90, diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007, constatando-se em 2010 e 2011 novamente um aumento do consumo de drogas nestas populações. Em todos os estudos realizados em 2010 e 2011, a cannabis continua a ser a droga preferencialmente consumida.

Por todos estes aspetos, é de salientar que há a necessidade de criar mais programas preventivos. Qualquer programa de prevenção e tratamento do alcoolismo juvenil requer, certamente, estudos específicos dos condicionalismos e causas que levam os jovens a tornarem-se consumidores habituais e compulsivos de bebidas alcoólicas, cada vez com maior abundância e com início em idades cada vez mais precoces. E, com certeza, que esta questão, para que possa ter alguma hipótese de resposta séria, deverá ser enfrentada e enquadrada por diversas instâncias, desde a família, à escola, e até às instituições políticas e governamentais.

## II - Objetivos

De acordo com a revisão da literatura, existem vários estudos de meta-análise que relacionam os efeitos da crise socioeconómica, nomeadamente o desemprego, com problemas ao nível da saúde mental (Paul & Moser, 2009). Também os dados da OMS (2012) relacionam um possível aumento de depressão e taxas de suicídio, entre os jovens adultos, devido ao desemprego e empobrecimento das famílias.

No que diz respeito ao consumo de substâncias, os estudos incidem sobre os fatores de risco e de proteção para o consumo de diversas substâncias (álcool, tabaco, cannabis, entre outros), assim como os efeitos causados nos consumidores. Estes estudos, geralmente, têm sido realizados em adolescentes e jovens adultos.

Em Portugal, existem poucos estudos que se debruçam sobre os efeitos da crise na saúde mental e no consumo de substâncias, entre os jovens. Neste sentido, este estudo tem como objetivo principal averiguar se a crise socioeconómica tem impacto na saúde mental (principalmente ao nível da depressão, ansiedade e toma de psicofármacos) dos jovens e no consumo de substâncias (tabaco, álcool, cannabis, ecstasy e produtos de smartshops), num momento particularmente agudo do programa de ajustamento financeiro Português, que leva a dificuldades acrescidas na vida dos jovens, que veem cada vez mais o seu futuro hipotecado.

Mais especificamente, o presente estudo tem como objetivos:

- Analisar quais as razões principais (nomeadamente, a influência do grupo de pares) para o consumo de substâncias nos jovens;

- Averiguar se existe uma elevada percentagem no consumo de produtos de smartshops, uma vez que, atualmente, essas substâncias têm provocado efeitos e consequências bastante negativas e preocupantes na saúde mental dos que as consomem (surto psicóticos, depressão, alucinações, perturbações da personalidade, perturbações do humor, entre outros);
- Analisar se o consumo de psicofármacos, nomeadamente antidepressivos e ansiolíticos na população estudantil, se relaciona com a crise socioeconómica;
- Analisar de que maneira a crise socioeconómica influencia a vida dos jovens;
- Verificar se o nível de satisfação com a vida dos estudantes é influenciado pela crise socioeconómica;
- Verificar se os estudantes estão receosos relativamente ao seu futuro, devido aos tempos de incerteza vividos no nosso país;
- Contribuir para a criação de medidas preventivas, de modo a promover a saúde e o bem-estar dos jovens.

Com base nos objetivos definidos, colocaram-se as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1:** Espera-se que exista uma relação positiva entre a crise socioeconómica e o consumo de psicofármacos.

**Hipótese 2:** Espera-se que a crise socioeconómica tenha impacto no consumo de substâncias, nomeadamente, tabaco, álcool e cannabis.

**Hipótese 3:** Pressupõe-se que exista uma relação entre a percepção do receio a respeito do futuro e:

- 3a) o nível de satisfação com a vida,
- 3b) o nível de afectividade positiva e negativa,
- 3c) o índice de psicopatologia.
- 3d) o score da subescala depressão do BSI

**Hipótese 4:** É esperado que uma das razões para o consumo de substâncias esteja associada ao grupo de pares

### **Design do estudo**

Este estudo é não experimental. Mais especificamente consiste num estudo correlacional com recurso a investigação por questionário.

## **III - Metodologia**

### **Amostra**

Este estudo baseia-se numa amostra constituída por 360 ( $N = 360$ ) estudantes universitários do Mestrado Integrado em Psicologia, da Licenciatura em Ciências da Educação e da Licenciatura em Serviço Social, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, que se caracteriza por uma das mais antigas universidades da Europa, tendo sido considerada Património Mundial da Humanidade pela

UNESCO. A maioria dos respondentes é do sexo feminino ( $N = 314$ , 87.2%). A idade varia entre os 18 e os 49 anos, a média etária é 21.10 anos ( $DP = 3.19$ ). A grande maioria dos respondentes ( $N=194$ ; 53.9%) encontra-se a viver em apartamentos com outros estudantes, e a estudar a tempo inteiro ( $N = 313$ ; 86.9%).

Relativamente aos diferentes cursos, a amostra é formada maioritariamente por estudantes do Mestrado Integrado em Psicologia ( $N = 150$ ; 41.7%). Quanto à Licenciatura em Ciências da Educação foram inquiridos 120 estudantes ( $N = 120$ ; 33.3%), e finalmente, na Licenciatura em Serviço Social o número de estudantes corresponde a 90 ( $N = 90$ ; 25%).

### Procedimento

Os respondentes foram informados da realização deste estudo geralmente no final das aulas do 2º semestre do ano letivo 2012-2013. Os objetivos da investigação foram transmitidos oralmente e os estudantes que voluntariamente acederam em participar no estudo, responderam a um questionário fornecido pelo investigador. Foi garantida a absoluta confidencialidade das respostas a todos os participantes. É ainda de salientar, que houve o cuidado por parte do investigador em verificar os questionários no final, de forma a evitar os dados *missings*. Quando estes se verificavam, solicitava-se novamente os estudantes para responder ao questionário. Além disso, como havia uma grande quantidade de dados, estes foram introduzidos atentamente e com grande rigor na base de dados. Verificações de eventuais inserções de valores inadmissíveis foram efetuadas post hoc e as ocorrências detetadas foram corrigidas após inspeção dos protocolos originais.

Os instrumentos foram apresentados pela seguinte ordem:

- ✓ *Questionário Sociodemográfico e Percorso Académico.*
- ✓ *Questionário sobre o Impacto da Crise Socioeconómica.*
- ✓ *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* (Diener et al., 1985), Versão Portuguesa de Simões, 1992).
- ✓ *Brief Symptom Inventory (BSI)* (L. Derogatis, 1982), Versão Adaptada M. C. Canavarro, 1999).
- ✓ *Questionário sobre os Padrões de Consumo de Substâncias.*
- ✓ *Positive And Negative Affect Schedule (PANAS)* (Watson, Clark & Tellegen, 1988), Versão Portuguesa de Galinha e Pais-Ribeiro, 2005).

### Descrição dos Instrumentos

#### Questionário Sociodemográfico e Percorso Académico

Este questionário foi elaborado especificamente para os objetivos deste estudo. Avalia dados demográficos e o percurso académico dos sujeitos. Os dados demográficos recolhidos são: a idade, o sexo, o estado civil, a área de residência, onde se encontra a residir atualmente. Ao nível do percurso académico, indica o curso que frequenta, o estabelecimento de ensino, o ano escolar, o número de reprovações e a ocupação (ver em Anexo).

### **Questionário sobre o Impacto da Crise Socioeconómica**

Este questionário (constituído por quatro questões) foi construído para este estudo com o objetivo de identificar o impacto da crise socioeconómica na escolha do curso, identificar se existe algum familiar desempregado, avaliar se os sujeitos estão receoso quanto ao seu futuro, e avaliar de que modo a crise económica influencia as suas vidas (ver em Anexo).

### **Satisfaction With Life Scale (SWLS)**

(Diener et al., 1985), Versão Portuguesa Simões, 1992)

A Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction With Life Scale*, ou, *SWLS*) figura, entre os instrumentos do género, potencialmente mais úteis e psicometricamente mais válidos. Foi elaborada por Diener e colaboradores (Diener et.al.,1985 *cit in.* Simões, 1992 ), a partir de um conjunto de 48 itens, foi, posteriormente, reduzida para 5, evidenciando, no entanto, índices de fidelidade e de validade perfeitamente aceitáveis (Pavot et.al., 1991 *cit in.* Simões, 1992). A *SWLS* foi validada, pela primeira vez, em Portugal, por Neto e colaboradores (1990).

Neste estudo recorreu-se à Versão Portuguesa de Simões (1992). A *SWLS* constitui-se por 5 itens, com 5 alternativas de resposta (1= Discordo muito; 2= Discordo um pouco; 3= Não concordo, nem discordo; 4= Concordo um pouco; 5= Concordo muito). Deste modo, os resultados que é possível obter, com uma escala deste género, oscilam entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, indicando tanto maior satisfação com a vida, quanto mais elevado for o *score*.

As correlações entre a *SWLS* e as diversas variáveis consideradas relevantes para a sua validação, foram consideradas estatisticamente significativas (ao nível de  $p < .01$ ). Assim, a *SWLS* apresenta bons índices de validade preditiva (Simões, 1992).

No que diz respeito à fidelidade (avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach) da versão portuguesa, o coeficiente alfa obtido foi satisfatório, indicando uma precisão de .77. De acordo com Simões (1992), de um modo geral, os índices de validade, aproximaram-se mais dos valores encontrados na validação original da escala (Diener et. al., 1985), em comparação com os valores obtidos por Neto e colaboradores (1990).

De um modo geral, um instrumento ou teste é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o alfa de Cronbach é .70 (Nunnally, 1978). Neste estudo obtivemos um valor de precisão para o *score* global de .88 (Tabela I) o que indica uma elevada consistência interna dos itens, e as correlações dos itens variam entre .65 e .77.

### **Brief Symptom Inventory (BSI)**

(L. Derogatis, 1982), Versão Adaptada por M. C. Canavarro, 1999)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos é um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens que pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico ou psicológico, a quaisquer outros doentes e a indivíduos da população em geral, que não se encontrem perturbados emocionalmente. Contudo, pode igualmente ser utilizado com adolescentes (a idade mínima recomendável é de 13 anos), com a condição de um técnico se encontrar disponível para esclarecer possíveis dúvidas relacionadas com alguns dos

itens (Canavarro, 1999).

Os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afetou durante a última semana. A escala é do tipo Likert, em que a possibilidade de respostas vai desde *Nunca* (0) a *Muitíssimas Vezes* (4). Este instrumento corresponde a uma versão mais curta do SCL-R-90 (Derogatis, 1975, 1977, *cit. in.* Canavarro, 1999).

O *BSI* avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais, sendo, estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional.

As nove dimensões do *BSI* são as seguintes: Somatização (mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, associado a disfunções corporais – itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), Depressão (sintomas de afecto e humor disfóricos, falta de motivação e de interesse pela vida, etc. – itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), Hostilidade (pensamentos, sentimentos e ações tais como irritação, aborrecimento, vontade de partir coisas e acessos de cólera – itens 6, 13, 40, 41 e 46), Ansiedade (sintomas clínicos normalmente associados com ansiedade elevada tais como nervosismo, tensão, pânico etc. – itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), Ansiedade Fóbica (ansiedade típica das fobias ou agorafobia tal como o medo intenso de viajar, de espaços abertos, de multidões etc. – itens 8, 28, 31, 43 e 47), Psicoticismo (sinais de um estilo de vida alienado, sintomas de psicose – itens 3, 14, 34, 44 e 53), Ideação Paranóide (características tais como a projeção, hostilidade, egocentrismo, medo de perder autonomia e delírios – itens 4, 10, 24, 48 e 51), Obsessivo-Compulsivo (pensamentos, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir – itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), Sensibilidade Interpessoal (sentimentos de inferioridade ou de inadequação pessoal, desconforto em interações sociais – itens 20, 21, 22 e 42). Existem quatro itens que não pertencem a nenhuma das dimensões (itens 11, 25, 39 e 52), sendo apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais. Da soma dos itens podemos obter três Índices Globais. O Índice Geral de Sintomas (IGS), é o melhor indicador de *stress* do indivíduo (calcula-se através da soma das pontuações de todos os itens, dividindo pelo número total de respostas); o Total de Sintomas Positivos, que representa a contagem dos sintomas que o indivíduo experiencia (pode obter-se contando o número de itens positivos – maior do que zero); e o Índice de Sintomas Positivos, uma medida que permite saber se o indivíduo aumentou ou atenuou o nível de *stress* na forma como respondeu ao inventário (calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo Total de Sintomas Positivos).

A interpretação é feita a três níveis: resultado global representado pelo Índice Geral de Sintomas (IGS). Posteriormente tem-se em atenção o resultado das nove dimensões que permitem traçar um perfil do indivíduo em termos psicopatológicos e nos dá informação sobre a sintomatologia específica presente, e por fim, ao nível dos sintomas discretos, que fornecem informação pormenorizada importante para decisões clínicas (Derogatis, 1993 *cit. in.* Canavarro, 1999).

Relativamente às características psicométricas, os níveis de consistência interna para as nove escalas, compreendem valores de alfa entre .71 (Psicoticismo) e .85 (Depressão). Os estudos psicométricos da versão portuguesa revelaram que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove sub-escalas, com valores de alfa de Cronbach entre os .621 (Psicoticismo) e .797 (Somatização). As correlações “split-half” e os coeficientes de “Spearman-Brown” são igualmente



abonatórios da consistência interna da escala, sendo os valores mais baixos os valores das escalas de Ansiedade Fóbica ( $r$  Split-half = .40; Coeficiente de Speraman-Brown = .57) e do Psicoticismo ( $r$  Split-half = .41; Coeficiente de Speraman-Brown = .58). O instrumento revela ainda uma boa estabilidade temporal. Importa ainda referir que o *BSI*, possui boa validade discriminativa (população geral versus população perturbada emocionalmente) com base num teste de Análise Discriminante, com um Lambda de Wilks de .17. O instrumento possui boa fidelidade e validade, sendo que as escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo são as que apresentam menos consistência interna quando comparadas com as restantes. (Canavarro, 1999).

Nesta investigação foi utilizada a versão adaptada de Canavarro (1999). O estudo da consistência interna dos 53 itens do *BSI* revelou que as correlações dos itens com o total variam entre .21 e .79, apresentando uma consistência interna elevada que corresponde a um alfa de .97 (Tabela I). Para este estudo utilizou-se, além do *BSI*\_Total, apenas a subescala referente à Depressão, em que o coeficiente de fidelidade assume um valor de .84 (Tabela I), e as correlações dos itens com o total variam entre .45 e .73.

Apesar de só ter sido usada a subescala Depressão, também se calcularam os coeficientes internos das restantes subescalas. Assim, verificou-se neste estudo, que as subescalas apresentaram alfas superiores aos da versão portuguesa, variando entre .64 (Ansiedade Fóbica) e .86 (Ansiedade). Os valores de alfa encontram-se todos acima de .7, à exceção do valor encontrado para a escala de Ansiedade Fóbica, que apresenta um valor ligeiramente abaixo do referido (o que também se verificou nos valores desta Subescala na versão portuguesa).

### **Questionário sobre os Padrões de Consumo de Substâncias**

O questionário referido foi elaborado para o presente estudo, tendo o objetivo principal de identificar a idade, a frequência, a influência da crise socioeconómica e as razões para o consumo de substâncias, tais como: tabaco, álcool, psicofármacos, *cannabis*, ecstasy e produtos de smartshops.

### **Positive And Negative Affect Schedule (PANAS)**

(Watson, Clark & Tellegen, 1988), Versão Portuguesa Galinha e Pais-Ribeiro, 2005)

A *PANAS* foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) e surgiu como resultado de várias investigações que tinham a finalidade de identificar as dimensões do afeto e esclarecer a sua natureza. Os autores da versão original partiram de uma base de 60 emoções (Zevon e Tellegen, 1982 *cit in*. Galinha e Pais-Ribeiro, 2005), e através de processos estatísticos criteriosos, selecionaram as 10 emoções que melhor caracterizam o Afeto Positivo (*PA*), e as 10 emoções que mais representavam o Afeto Negativo (*NA*). A *PANAS* apresenta uma boa consistência interna, com valores que se situam entre .86 e .90 para a subescala *PA* e valores entre .84 e .87 na subescala *NA*, não sendo nenhuma delas afetada pelo quadro temporal considerado. A estabilidade avaliada pela consistência do teste-reteste atinge níveis significantes em qualquer dos quadros temporais considerados (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

A versão portuguesa da *PANAS* (Galinha e Pais-Ribeiro, 2005) consiste em 20 emoções com duas subescalas que descrevem a afetividade sentida pelo sujeito, sendo que, 10 dos itens compõem o afeto positivo e formam a sub-escala *PA* (Afeto Positivo), e os outros 10 itens constituem o Afeto Negativo formando a sub-escala *NA* (Afeto Negativo). A escala de resposta é do tipo Likert de 5 pontos e o respondente deve assinalar a extensão (sendo 1- *Nada ou muito Ligeiramente* e 5- *Extremamente*) em que experienciou cada uma das emoções durante um determinado período de tempo (hoje, nos últimos dias, na última semana, no último ano). Os itens descritores dos afetos estão distribuídos aleatoriamente pela escala *PANAS*. Quanto à consistência interna, os resultados indicam uma consistência interna adequada de  $\alpha = .86$  para a escala de Afeto Positivo e de  $\alpha = .89$  para a escala de Afeto Negativo. Tal como era esperado, em semelhança a escala original, a correlação entre a escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo situou-se perto do zero ( $r = .10$ ), determinando a ortogonalidade entre as sub-escalas de Afeto Positivo e Negativo (Galinha e Pais-Ribeiro, 2005).

Neste estudo foi utilizada a Versão Portuguesa de Galinha e Pais-Ribeiro (2005). O estudo da consistência interna dos 20 itens da *PANAS* revelou que as correlações dos itens com o total variam entre .24 e .56, apresentando uma elevada consistência interna que corresponde a um  $\alpha$  de .82. Relativamente à Subescala *PA* as correlações dos itens com o total variam entre .49 e .78, e o coeficiente de fidelidade corresponde a .90 (Tabela I). No que diz respeito à Subescala Afeto Negativo (*NA*) as correlações dos itens com o total variam entre .49 e .77, e o coeficiente de fidelidade apresenta um valor de .91, o que é indicador de uma elevada consistência interna (Tabela I). Na Tabela I, abaixo, apresenta-se uma descrição sumária das principais características quantitativas das distintas escalas usadas neste estudo.

**Tabela I – Estatísticas descritivas e estimativas da consistência interna das escalas (*BSI*, *SWLS* e *PANAS*)**

Escalas e Subescala	Média	Desvio-padrão	Alfa de Cronbach
<i>SWLS</i>	15.98	4.21	.880
<i>BSI</i> _Total	45.42	28.98	.967
<i>BSI</i> _Depressão	6.62	4.34	.838
<i>PANAS</i> _NA	19.67	6.63	.905
<i>PANAS</i> _PA	30.10	6.84	.900

#### IV - Resultados

A apresentação dos resultados irá ser feita através de:

- Análises descritivas
- Análises inferenciais para a verificação das hipóteses

Para testar a **hipótese 1** - relação positiva entre a crise socioeconómica e o consumo de psicofármacos - realizou-se a análise descritiva com base na pergunta do Questionário sobre os Padrões de Consumo de Substâncias: “*Considera que o clima de incerteza vivido no país devido à crise*

*económica influencia a sua toma de psicofármacos?*”, em que os respondentes escolhiam, necessariamente, entre duas alternativas de resposta (Sim ou Não).

Os resultados indicam que existe uma diferença significativa nas respostas dos inquiridos (Sim -  $N=124$ ; 90.5% vs. Não -  $N=13$ ; 9.5%;  $\chi^2(1)=89.9$ ,  $p<.001$ ), ou seja, constatou-se que cerca de um terço da amostra que afirma tomar psicofármacos, relaciona esse consumo com a crise socioeconómica (Tabela II). É de referir que os restantes respondentes ( $N=223$ ) não se encontram representados nas tabelas seguintes (II e III), uma vez que, não se aplica esta questão, pois não tomam psicofármacos.

Através da pergunta do *Questionário sobre o Impacto da Crise Socioeconómica “Na sua família existe alguém desempregado?”*, em que os respondentes tinham uma escolha dicotómica (Sim ou Não), e no caso de terem algum familiar no desemprego deveriam indicar quem, agruparam-se as respostas em 2 grupos: 0 – Não e 1 – Sim.

Foi também realizado o Teste do Qui-Quadrado (Tabela III), para verificar a hipótese 1.

Os resultados permitem verificar que os estudantes que têm algum familiar desempregado, apresentam um consumo maior de psicofármacos, em relação aos que não possuem nenhum familiar no desemprego ( $N=66$ ; 95.7%). É uma relação estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 4.278$ ;  $p < .045$ ) mas pequena (Coeficiente  $V$  Cramer = 0.18). A análise efetuada indica que há uma relação positiva entre o consumo de psicofármacos e o facto de existir algum familiar no desemprego.

Deste modo, pelas duas análises realizadas pode verificar-se que existe uma relação positiva entre a crise socioeconómica e o consumo de psicofármacos, tendo sido confirmada a hipótese 1.

**Tabela II – Influência da crise socioeconómica no consumo de psicofármacos**

	<i>N</i>	%
Sim	124	90.5
Não	13	9.5

**Tabela III – Relação entre o desemprego na família e o consumo de psicofármacos: Frequências e Teste do Qui-Quadrado de independência**

		Influência no Consumo de Psicofármacos			$\chi^2$	<i>p</i>
		Sim	Não	Total*		
Familiar	Sim	<i>N</i> 66	3	69	4.278	<.045
		% 95.7	4.3	100		
Desempregado	Não	<i>N</i> 58	10	68		
		% 85.3	14.7	100		

\* Os restantes respondentes ( $N=223$ ) não se encontram representados porque não tomam psicofármacos (não se aplica)

Para verificar a **hipótese 2** - Espera-se que a crise socioeconómica tenha impacto no consumo de substâncias, nomeadamente, tabaco, álcool e cannabis – realizou-se a análise descritiva, (com base na pergunta do Questionário sobre os Padrões de Consumo de Substâncias: “*Considera que o clima de incerteza vivido no país devido à crise económica influencia o seu consumo de tabaco/álcool/cannabis?*”) apresentada na Tabela IV.

Os resultados indicam que só existe influência da crise socioeconómica, no sentido esperado, no que diz respeito ao consumo de cannabis ( $N= 71$ ; 67% vs.  $N=35$ ; 33%;  $\chi^2 (1)=12.13$ ,  $p < .001$ ), não se verificando esta influência no consumo de tabaco e álcool. De facto, em ambos os casos as diferenças entre os respondentes que escolhem “Sim” vs. “Não” são estatisticamente significativas ( $\chi^2 (1)= 61.94$ ,  $p < .001$  e  $\chi^2 (1)= 9.81$ ,  $p < .002$ , respetivamente). Os valores referentes ao consumo de ecstasy e produtos de smartshops não se encontram indicados, uma vez que, estas substâncias apresentam percentagens de consumo muito baixas (ecstasy –  $N= 9$ ; 2.5%; smartshops –  $N= 24$ ; 6.7%), não existindo qualquer influência da crise sobre o consumo das mesmas.

Assim, pode dizer-se que a hipótese 2 apenas foi confirmada para uma das substâncias (cannabis).

**Tabela IV - Influência da crise socioeconómica no consumo de substâncias**

		Tabaco	Álcool	Cannabis
Sim	N	52	148	71
	%	23.5	41.7	67
Não	N	169	207	35
	%	76.5	58.3	33

Para fazer a validação da **hipótese 3** - Pressupõe-se que exista uma relação positiva entre a percepção do receio do futuro e: 3a) o nível de satisfação com a vida, 3b) o nível de afetividade positiva e negativa, 3c) o índice de psicopatologia (BSI-Total) e 3d) o índice de Depressão do BSI. A análise descritiva (Tabela V) indica que a maior parte dos sujeitos estão receosos em relação ao seu futuro ( $N= 337$ ; 93.6%). Utilizou-se, de seguida, o Teste  $t$  de Student para 2 grupos independentes, para contrastar as médias nas variáveis acima mencionadas, apresentando-se os resultados desta análise na Tabela VI.

**Tabela V – Frequências relativas ao receio do futuro**

		N	%
Receio do futuro	Sim	337	93.6
	Não	23	6.4

Verifica-se que os estudantes que estão receosos relativamente ao seu futuro, em comparação com os estudantes que responderam negativamente a esta questão, apresentam:

- ✓ um menor nível de satisfação com a vida ( $M = 15.79$  vs  $M = 18.69$ )
- ✓ um índice de psicopatologia maior ( $M = 46.39$  vs  $M = 31.04$ )
- ✓ um nível inferior de Afetividade Positiva ( $M = 29.90$  vs  $M = 33.09$ )
- ✓ um nível maior de Afetividade Negativa ( $M = 19.87$  vs  $M = 16.87$ )
- ✓ um índice de Depressão mais elevado ( $M = 6.79$  vs  $M = 4.04$ )

É ainda de referir que os resultados são todos estatisticamente significativos ( $p < 0.05$ ).

Deste modo, a hipótese 3 foi confirmada na sua totalidade.

**Tabela VI – Médias, Desvios-Padrão, e Testes Estatísticos referentes às Escalas SWLS, BSI e PANAS em função da percepção do receio do futuro**

Escalas	Receio do Futuro	Média	Desvio-Padrão	t-Test	p
SWLS_Total	Sim	15.79	4.20	-3.242	.001
	Não	18.69	3.34		
BSI_Total	Sim	46.39	29.36	3.866	.001
	Não	31.04	17.43		
PANAS_Total_Positivo (PA)	Sim	29.90	6.85	-2.170	.031
	Não	33.09	6.16		
PANAS_Total_Negativo (NA)	Sim	19.87	6.67	2.106	.036
	Não	16.87	5.35		
Subescala_Depressão_BSI	Sim	6.79	4.37	2.975	.003
	Não	4.04	2.88		

Para testar a **hipótese 4** - É esperado que uma das razões para o consumo de substâncias esteja associada ao grupo de pares – efetuou-se uma análise descritiva (com base numa das opções do Questionário sobre os Padrões de Consumo de Substâncias: “*De entre as seguintes razões para consumir tabaco/álcool/cannabis indique qual destas se aplica a si*”). Os respondentes tinham uma escala que variava de “Nada” até “Bastante”; para ser mais objetiva e clara a apresentação dos resultados, agruparam-se as respostas em 2 grupos (indicados na Tabela VII):

- ✓ Não – que correspondia ao “Nada”
- ✓ Sim – que correspondia a “Um pouco”, “Moderadamente” e “Bastante”

**Tabela VII – Influência do grupo de pares no consumo de substâncias: frequências, percentagens e teste qui-quadrado**

		Sim	Não	$\chi^2$	<i>p</i>
Tabaco	<i>N</i>	169	52	61.9	<.001
	%	46.9	14.4		
Álcool	<i>N</i>	283	72	125.4	.001
	%	78.6	20		
Cannabis	<i>N</i>	54	52	.038	.846
	%	15	14.4		

Os resultados indicam que existe influência do grupo de pares no consumo de tabaco (46.9% vs 14.4%), e do álcool (78.6% vs 20%). Já no que diz respeito ao consumo da cannabis (15% vs 14.4%), contrariamente ao esperado, essa associação não se verifica (estas hipóteses foram testadas com a estatística do qui quadrado e os resultados destas análises podem ver-se na Tabela VII).

Deste modo, a hipótese 4 só se validou para o tabaco e para o álcool, indicando que uma das razões para o consumo das substâncias mencionadas, é devido à influência do grupo de pares.

## V - Discussão

O principal objetivo do presente estudo é avaliar o Impacto da Crise Socioeconómica na Saúde Mental e no Consumo de Substâncias.

Concomitantemente, o estudo investigou aspetos mais específicos, designadamente: (1) a relação entre a crise socioeconómica e o consumo de psicofármacos; (2) a influência da crise socioeconómica no consumo de tabaco, álcool e cannabis; (3) a relação entre a percepção do futuro (receio ou não) com o índice de psicopatologia e depressão, o nível de satisfação com a vida, o nível de afetividade (*PA* e *NA*) e o índice de depressão; (4) a influência do grupo de pares no consumo de tabaco, álcool e cannabis.

No capítulo anterior foram apresentados, de forma sistematizada, os resultados de diversos tipos: descritivos, testes de hipóteses e das análises inferenciais. No presente capítulo, irá discutir-se os resultados em função do referencial teórico.

A amostra em estudo é caracterizada por uma média de idades de 21 anos e, por na sua maioria, ser constituída por indivíduos do sexo feminino (87.2%). A maioria dos respondentes são estudantes a tempo inteiro (86.9%) e partilham casa com outros estudantes (53.9%). Na literatura, a maior parte dos estudos ao nível do consumo de substâncias, incide sobre adolescentes e jovens adultos (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Matos, 2008; Fonseca, 2010).

Em relação ao consumo de substâncias, verificou-se que as mais usadas entre os respondentes são o tabaco e o álcool (*N*= 221; 96.1% e *N*=

355; 98.6%, respetivamente). Dentro das substâncias ilícitas, a cannabis é a substância mais consumida ( $N= 106$ ; 29.4%), o que vai de encontro aos resultados do IDT (2012). Em relação ao ecstasy ( $N= 9$ ; 2.5%) e aos produtos de smartshops ( $N= 24$ ; 6.7%), os valores apresentados são muito baixos no que concerne ao consumo.

Quanto à relação entre a crise socioeconómica e o consumo de psicofármacos, num total de 137 estudantes que consomem psicofármacos, 90.5% ( $N= 124$ ) considera que a crise influencia o consumo. Relativamente à relação entre o desemprego nas famílias dos jovens, e o consumo de psicofármacos, verificou-se que num total de 69 estudantes a tomar psicofármacos e com familiares desempregados, 95.7% ( $N= 66$ ) considera existir uma relação positiva entre ambos. Estes resultados vão ao encontro da literatura que diz que a crise económica tem sido associada a efeitos secundários na saúde mental, podendo aumentar o suicídio e as taxas de mortalidade. A falta de trabalho é um potencial desencadeador de crise emocional, ansiedade e depressão (OMS, 2012). De acordo com Murphy & Athanasou (1999), os desempregados estão mais suscetíveis a desenvolver quadros depressivos, níveis baixos de autoestima e confiança. Também Paul & Moser (2009), verificaram pelos estudos de meta-análise que o desemprego involuntário está associado a uma menor saúde mental. Viver num estado de emergência financeira pode afetar de várias formas a saúde mental, e em Portugal, alguns dados revelam que a crise socioeconómica agrava os problemas de saúde mental e de dependências, bem como a prevalência de doenças infecciosas (OPSS, 2012).

No que diz respeito à influência da crise socioeconómica no consumo de substâncias, verificou-se que 67% da amostra ( $N = 71$ ) considera que a crise influencia o consumo de cannabis. Já no consumo de tabaco, 76.5% considera que a crise não influencia o consumo, e em relação ao álcool, 58.3% refere não haver influência da crise para consumir. À luz da literatura, existem poucos estudos que se debruçam sobre a relação da crise económica e o consumo de substâncias, no entanto, as investigações realizadas, sugerem que durante uma crise socioeconómica, os fatores de risco ficam reforçados, devido ao desemprego e empobrecimento das famílias (OMS, 2011). Para Hawkins, Catalano & Miller, (1992) os fatores de risco mais comuns podem relacionar-se com características da personalidade, fatores interpessoais e fatores contextuais. O facto dos efeitos da crise económica incidirem sobre a perda de autoestima, depressão, ansiedade, insegurança e risco de comportamentos suicidas (OPSS, 2012), poderá constituir-se como factor de risco ao nível da personalidade para consumir substâncias. Também, a associação entre a procura de novas sensações e o consumo de substâncias é explicada através do facto do consumo ser ilegal podendo este risco ser estimulante, e ainda, o facto de as substâncias serem consideradas como um estímulo adicional (Yamovitzky, 2006 *cit.in.* Matos, 2008). Esta procura de novas sensações, interage com fatores sociais e contextuais, e este cenário de ajustamento financeiro rígido e austero, poderá influenciar o consumo de substâncias ilícitas, nomeadamente a cannabis. No entanto, é de salientar que o facto de não existir muitos estudos sobre esta relação (crise económica – consumo de substâncias) poderá constituir-se como uma limitação no estudo realizado.

No que concerne à relação entre a percepção do futuro com o índice de psicopatologia e depressão, verificou-se que 93.6% da amostra ( $N= 337$ ) apresenta receio relativamente ao futuro. Os sujeitos que estão receosos apresentam um maior índice de psicopatologia ( $M= 46.39$ ) e de depressão

( $M= 6.79$ ). Este resultado vai de encontro com a revisão da literatura, já que são vários os estudos que referem que a crise económica afeta as doenças mentais (Murphy & Athanasou, 1999; Cooper, 2011 OMS, 2012), como já foi referido anteriormente. Foi também possível verificar que os sujeitos com mais receio possuem um menor nível de satisfação com a vida ( $M= 15.79$ ). Relativamente à afetividade, os resultados também foram de encontro ao esperado, uma vez que, os indivíduos com receio do futuro apresentam um nível inferior de afetividade positiva ( $M= 29.90$ ), mas um nível mais alto de afetividade negativa ( $M= 19.87$ ). Deste modo, realmente verifica-se que os efeitos da crise socioeconómica influenciam a saúde mental, o nível de satisfação com a vida e a afetividade. A OMS, a UE, e vários autores (Murphy & Athanasou, 1999; Paul & Moser, 2009) vêm enfatizando que as crises económicas ao provocarem desemprego, empobrecimento e insegurança, têm repercussões na saúde mental dos envolvidos, particularmente com evoluções depressivas e risco acrescido de suicídio, em especial quando agravam o endividamento e afetam a situação residencial. Em tempos de crise económica, são maiores os riscos da perda de bem-estar mental, afetando muitas pessoas de todas as classes sociais e as suas famílias (Bento, 2011).

Relativamente à influência do grupo de pares no consumo de substâncias, os dados revelaram que existe influência, essencialmente no consumo de álcool (78.6%) e de tabaco (46.9%). Neste estudo, ao contrário do esperado, verifica-se que a percentagem relativa à influência do grupo de pares no consumo, apresenta valores baixos para a cannabis (15%). Provavelmente pelo facto de existirem poucos sujeitos a consumir ( $N=106$ ; 29.4%), e também, por se encontrar no grupo das substâncias ilícitas. Os sujeitos da amostra em estudo, poderiam não ter respondido com sinceridade. De acordo com a revisão conceptual, existem vários fatores de risco que contribuem para o início e aumento do consumo de substâncias durante a fase da juventude, sendo importante destacar o consumo por parte de amigos ou familiares e a influência do grupo de pares (Matos, 2008; Vinagre & Lima, 2006). Segundo Carvalho (1991), a influência exercida pelo grupo de pares tem sido demonstrada como uma das maiores razões de hábito de fumar nos jovens. O consumo de álcool tem vindo a aumentar em Portugal, nomeadamente o consumo de cerveja e vinho, por parte da população jovem, indicando existir influência dos pares consumidores (Galhardo & Marques, 2006). Entre as drogas ilícitas, a cannabis é a mais consumida (IDT, 2011). Existem vários fatores que contribuem para o aumento do consumo desta substância e os pares consumidores constituem um fator de risco para iniciar e até aumentar o consumo (Vinagre & Lima, 2006; Fonseca, 2010).

## **VI - Conclusões**

O principal objetivo do estudo foi avaliar o impacto da crise socioeconómica na saúde mental e no consumo de substâncias. Pretendeu-se verificar se havia uma relação positiva entre a crise e o consumo de psicofármacos, bem como com o índice de psicopatologia e de depressão, de modo a contribuir para a criação de medidas preventivas mais eficazes, promovendo a saúde em geral, e o bem-estar em particular.

Procedeu-se anteriormente, à apresentação dos resultados, análise e discussão dos mesmos, passando agora a apresentar as principais conclusões



do estudo.

Relativamente aos resultados das hipóteses, verifica-se uma relação positiva entre a crise socioeconómica e o consumo de psicofármacos (90.5%,  $N=124$ ). Também se verificou que existe uma relação positiva entre o facto de ter algum familiar no desemprego (consequência da crise socioeconómica) e o uso de psicofármacos (95.7%,  $N=66$ ).

A influência da crise no consumo de substâncias, apenas se verificou para o uso de cannabis (67%,  $N=71$ ).

No que concerne ao receio do futuro, provocado pelos efeitos da crise socioeconómica, confirmou-se que a maioria dos estudantes (93.6%) está receoso quanto ao seu futuro. Mais especificamente, pelas análises estatísticas verificou-se que os indivíduos com receio do futuro apresentam: (1) um nível inferior de satisfação com a vida, (2) um nível superior de afetividade negativa, (3) um índice maior de psicopatologia e depressão e (4) um nível de afetividade positiva mais baixo.

Ao analisar a influência do grupo de pares no consumo de substâncias (tabaco, álcool e cannabis) constatou-se que 46.9% dos sujeitos dizem haver influência dos pares para o consumo de tabaco, 78.6% para o consumo de álcool e 15% para o consumo de cannabis. Deste modo, a influência dos pares incide mais sobre o consumo de álcool.

A nível futuro, seria importante realizar mais estudos dentro desta temática, de forma a conhecer melhor os efeitos da crise socioeconómica na saúde pública. Seria também relevante criar mais e melhores medidas preventivas face aos fatores de risco, que ficam mais expostos num clima de crise económica e social.

Um investimento do governo ao nível do sistema de saúde e de todos os sectores de cuidados sociais de apoio, no combate aos problemas de saúde mental, oferecia recursos e oportunidades para reduzir as problemáticas existentes, de modo a promover a saúde e o bem-estar social. Cada vez mais, e num momento em que o País se encontra fragilizado por uma crise económica à escala mundial, seria de extrema importância a aposta em profissionais especializados na saúde mental e em psicoterapia, podendo auxiliar bastante a promoção da saúde, do bem-estar e da felicidade. Uma pessoa feliz é uma pessoa capaz de ultrapassar as adversidades da vida, melhorando, por si própria, a sua qualidade de vida em geral, e o seu bem-estar em particular.

Este estudo comporta algumas limitações que colocam algumas reservas a respeito da generalização das inferências à população-alvo, nomeadamente: existirem poucos estudos em Portugal sobre esta temática, em específico, sobre a influência da crise no consumo de substâncias; não haver um sistema de monitorização dos efeitos da crise na saúde; a amostra possuir poucos sujeitos do sexo masculino, em comparação com o sexo feminino.

Apesar das limitações referidas, este estudo visa contribuir para um melhor conhecimento da problemática analisada e apresenta algumas pistas para o desenvolvimento de programas e de estratégias, a diversos níveis, que possam ajudar a corrigir ou a minorar as dificuldades encontradas pelos indivíduos nas transições de vida (e.g., estratégias de promoção do emprego, programas grupais e individuais que auxiliem os jovens a adquirir competências para lidarem com o receio e a incerteza face ao futuro), e dessa forma, contribuir para a sua saúde mental, resiliência e adaptação positiva.

### Bibliografia

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bento, V. (2011). *Perceber a crise para encontrar o caminho*. (2ª ed.). Lisboa: Bnomics
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M.Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: SHO.
- Carvalho, J.N.N. (1991). *Prevenção do Abuso do Álcool e Drogas nos Jovens*. (1ª ed.). Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Coimbra de Matos, A. (2007). *A Depressão*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Cooper, B. (2011). Economic Recession and Mental Health: an Overview. *Neuropsychiatrie*, vol. 25, nº 3, 113-117.
- Ferros, L.C., Soares, I. & Negreiros, J. (2009). Toxicodependência e dimensões relacionais na família. *Psiquiatria Clínica*, 30 (1 e 2), 47-58.
- Fonseca, A.C. (2010). O consumo de cannabis na adolescência: dados de um estudo português. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 44 (2), 61-79.
- Galhardo, A., Cardoso, I. M., & Marques, P. (2006). “Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra”. *Toxicodependências*, vol. 12, nº 1, 71-77
- Galinha, I. C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23 (2), 219-227.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, Vol. 112, nº 1, 64-105
- Krugman, P. R. (2009). *The return of depression economics and the crisis of 2008*. (1ªed.). New York: W. W. Norton & Company
- Maia, A., Simões, C. & Matos, M.G. (2007).”Consumo de substâncias na adolescência. *Toxicodependências*, vol. 13, nº 3, 23-30. Acedido em Maio, 3, 2013 em: <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/artigo/GasparMatos.pdf>

- Martins, J.S., Coelho, M.S. & Ferreira, J.A. (2010). Hábitos de consumo de álcool em estudantes do ensino superior universitário: alguns dados empíricos. *Psychologica*, 53, 71- 82.
- Matos, M.G. (coord.) (2008). *Consumo de substâncias: estilo de vida? à procura de um estilo?* Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicod dependência.
- Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P. (2011). Relatório anual 2011: a situação do país em matéria de drogas e toxicod dependências. Lisboa: IDT, I.P.
- Montgomery, S. A. (2000). *Ansiedade e Depressão*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Murphy, G.C. & Athanasou, J.A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 72, 83-99
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*. (2ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2012). Relatório de Primavera: *Crise & Saúde - Um país em sofrimento*.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Acedido a 16 de Janeiro de 2013, em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/134999/e94837.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Depression: A Global Crisis World Mental Health Day*. Acedido a 8 de Fevereiro de 2013, em: <http://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDDay%202012%20SMALL%20FILE%20FINAL.pdf>
- Paul, K. I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74 (3), 264-282.
- Pires, C.M.L. (2004). *A Depressão e o seu tratamento psicológico – guia de auto-ajuda*. (1ª ed.). Leiria: Editorial Diferença.
- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26 (3), 503-515.
- Sousa, F.C., Abrão, A.M., Morgado, A., Conboy, J., Oliveira, M.D. & Pires, D. (2008). *O consumo de bebidas alcoólicas na população escolar juvenil*. (1ª ed.). Loulé: GAIM.
- Vinagre, M.G. & Lima, M.L. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*, vol. 7, nº 1, 73-81

- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- World Health Organization (2008). *ICD-10: Internacional statistical classification of diseases and related health problems* (10th Rev.ed.). New York, NY: Author.

**Anexos**

**Anexo A – Indicação do estudo**

**Anexo B - Questionário**

## Anexo A – Indicação do estudo



### **Estudo sobre o Impacto da Crise Socioeconómica na Saúde Mental e no Consumo de Substâncias**

Este estudo insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia, no ramo de especialização de Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento, sob a orientação do Professor Doutor José Tomás da Silva, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Como aluna estagiária no Gabinete de Apoio ao Estudante, este tema despertou-me bastante interesse e considero-o de grande relevância, visto que, pretende-se saber qual o impacto da crise na saúde mental dos jovens, de forma a conseguir atender melhor às suas necessidades.

Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, terão interesse estritamente científico e serão utilizados apenas para fins estatísticos.

Este questionário demora sensivelmente 15 minutos a preencher. Pede-se o favor de **não deixar nenhuma questão por responder**.

Não existem repostas certas ou erradas. Agradecemos que responda com sinceridade às questões que lhe serão colocadas.

Muito obrigado pela sua colaboração,  
Tânia Salgueiro.

## Anexo B – Questionário

### 1) Questionário Sociodemográfico e Percurso académico

#### 1) Dados pessoais

1.1. Idade \_\_\_\_\_ anos

1.2. Sexo (assinale com uma cruz (X) a sua resposta):

- Masculino
- Feminino

1.3. Estado civil (assinale com uma cruz (X) a sua resposta):

- Solteiro
- Casado
- União de facto
- Divorciado
- Viúvo
- Outro

1.4. Atual área de residência (assinale com uma cruz (X) a sua resposta):

- Urbana
- Rural

1.5. A entrada no Ensino Superior implicou a sua saída de casa?  
(assinale com uma cruz (X) a sua resposta):

- Sim
- Não

Se **Sim**, encontra-se a viver em (assinale com uma cruz (X) a sua resposta):

- Residência universitária
- Apartamento mas sozinho
- Apartamento com outros estudantes
- Casa/apartamento com familiares
- Outro local. Qual? \_\_\_\_\_

## 2. Percurso Académico

2.1. Curso que frequenta atualmente \_\_\_\_\_

2.2. \_\_\_\_\_ Estabelecimento de Ensino \_\_\_\_\_

2.3. Ano ou nível de ensino que frequenta (assinale com uma cruz (X) a sua resposta):

- 1º ano
- 2º ano
- 3º ano
- 4º ano
- 5º ano
- Mestrado (Pré-Bolonha)
- Doutoramento

2.4. Já reprovou algum ano desde que entrou no Ensino Superior? (assinale com uma cruz (X) a sua resposta. Se sim, quantas vezes?

- Sim, \_\_\_\_\_ vezes
- Não

2.5. Neste momento encontra-se (assinale com uma cruz (X) a sua resposta):

- Só a estudar
- A estudar e a trabalhar em *tempo parcial*
- A estudar e a trabalhar a *tempo inteiro*



## 2) Questionário sobre o Impacto da Crise Socioeconómica

1. As dificuldades vividas atualmente no país influenciaram a escolha do seu curso?

- Sim
- Não

2. Na sua família existe alguém desempregado?

- Sim. Quem? \_\_\_\_\_
- Não.

3. Tem receio do seu futuro?

- Sim
- Não

4. De que modo a crise socioeconómica influencia a sua vida?

- Reduzi as compras
- Solicitei um empréstimo
- Deixei de ir ao cinema
- Já não vou de férias
- Tive de fazer cortes na alimentação
- Já não saio com os meus amigos
- Deixei de fazer refeições fora de casa
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

