

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFAL - MG

LILIAN BITENCOURT ALVES BARBOSA

**DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM DE
ANSIEDADE E DE MEDO EM ESTUDANTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

**Alfenas/MG
2014**

LILIAN BITENCOURT ALVES BARBOSA

**DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM DE
ANSIEDADE E DE MEDO EM ESTUDANTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem. Linha de pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

**Alfenas/MG
2014**

Barbosa, Lilian Bitencourt Alves.

Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de ansiedade e de medo em estudantes de uma universidade pública. / Lilian Bitencourt Alves Barbosa. - Alfenas, MG, 2014.

96 f. –

Orientadora: Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2014.

Bibliografia.

1. Ansiedade. 2. Medo. 3. Estudantes. 4. Diagnóstico de Enfermagem. 5. Conselho Internacional de Enfermagem. I. Goyatá, Sueli Leiko Takamatsu. II. Título.

CDD: 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



LILIAN BITENCOURT ALVES BARBOSA

**“DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM DE
ANSIEDADE E DE MEDO EM ESTUDANTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA”**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 11/09/14

Prof^a. Dr^a. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Prof^a. Dr^a. Cristiane Aparecida Silveira
Monteiro
Instituição: PUC – Poços de Caldas-MG

Assinatura:

*Ao Ernane e à mamãe, meus eternos
amores, companheiros e incentivadores.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela proteção e fortaleza durante esta caminhada.

Ao Ernane, meu marido, por me mostrar todos os dias o que é o amor, por seu apoio, paciência e dedicação que tornaram o meu caminhar mais ameno.

À minha querida mãe, Valéria, pelo amor e exemplo de vida que se fazem presentes em minha existência.

Ao meu saudoso pai, Messias, por me ensinar que a dignidade, a coragem e a força devem ser sempre mantidas, ainda que nos falte a esperança, e por seu amor, que de tão grande, vai ser sempre sentido.

Aos meus irmãos, Livia e Lucas, pelo amor e apoio constantes.

À Universidade Federal de Alfenas, por mais esta preciosa oportunidade de formação.

À Prof^a. Dr^a. Sueli Leiko Tamakatsu Goyatá, exemplo dedicação ao conhecimento, que com competência me guiou por esta jornada e contribuiu para o meu aprimoramento intelectual, científico e profissional.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade e contribuições feitas ao estudo.

Aos estudantes que contribuíram com este estudo, pela confiança, disponibilidade e colaboração oferecidas.

A todos os docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pelos valiosos ensinamentos e pela atenção a mim dispensada.

Aos amigos do mestrado, em especial Ana Paula, João Henrique e Marina, pelo convívio, apoio, experiências e conhecimentos partilhados.

Aos gestores municipais de saúde dos municípios de Itamogi e Monte Santo de Minas, por autorizarem as minhas ausências, proporcionando-me condições para a realização do Mestrado.

Aos amigos e colegas de trabalho de Itamogi e Monte Santo de Minas, em especial Vilma e Claudiméia, pela compreensão, companheirismo e colaboração.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma participaram e me auxiliaram nesta etapa tão importante da minha vida, a minha sincera gratidão.

RESUMO

O ambiente acadêmico vem sendo apontado na literatura como responsável pelos fenômenos que causam ansiedade e medo em estudantes universitários, particularmente dos cursos da área da saúde. Situações como morar longe de casa, proximidade das provas, prazo de entrega de trabalho e até mesmo relacionamento entre o professor e o aluno, podem ser geradores de ansiedade e de medo na graduação. Nesta pesquisa do tipo qualitativa, adotou-se a estratégia de estudo de uma série de casos, com o objetivo de elaborar os enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de ansiedade e de medo em estudantes de uma universidade pública. A seleção dos participantes da pesquisa foi realizada por meio da amostragem por conveniência. Participaram deste estudo 41 alunos regularmente matriculados no 3º período, do 1º semestre letivo de 2014, dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia e Odontologia. Os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem foram enunciados de acordo com a Classificação Internacional das Práticas em Enfermagem – CIPE® versão 2.0. Como resultado encontrou-se que o diagnóstico de ansiedade foi identificado para 70,7% (n=29) dos estudantes. Quanto à classificação da severidade, 44,9% (n=13) dos estudantes apresentaram ansiedade branda, 48,2% (n=14) ansiedade moderada e 6,9% (n=2) ansiedade severa. O diagnóstico de medo foi identificado em 65,9% (n=27) dos estudantes universitários. Foram estabelecidas 31 intervenções e um resultado de enfermagem para a ansiedade e outro para o medo. O estabelecimento de intervenções de enfermagem representa as propostas de condução da vida acadêmica saudável no contexto da universidade, que pressupõe a atuação interdisciplinar. É necessário que a universidade repense o seu papel educacional e social, na formação de futuros profissionais, em particular os da área da saúde, atentando para a ocorrência de transtornos mentais e prevenindo desfechos indesejáveis, como o suicídio e a adoção de hábitos nocivos à saúde.

Palavras-chave: Ansiedade. Medo. Estudantes. Diagnóstico de Enfermagem. Conselho Internacional de Enfermagem.

ABSTRACT

The academic environment is being suggested, in the literature, as the responsible for the phenomena that cause anxiety and fear in university students, especially in the health area courses. Situations like living away from home, proximity to tests, delivery time of works and even the relationship between the teacher and the student, can generate anxiety and fear in the graduation. In this qualitative research was adopted the study strategy of a series of cases, the objective is to elaborate the statements of diagnostics, interventions and results of nursing personnel about the fear in students of a public university. The selection of the participants of the research was held through the sampling for convenience. Forty-one regularly enrolled students in the third period of the school first half of the year in 2004 participated of this study, students of the graduate in Nursing course, Pharmacy course, Physiotherapy course and Dentistry course. The diagnostics, the interventions and the results of the Nursing course have been set out according to the International Classification for Nursing Practice – CIPE® 2.0 version. It was found as result that the anxiety diagnostics was identified for 70.7% (n=29) of the students. For the severity classification, 44.9% (n=13) of the students showed soft anxiety, 48.2% (n=14) moderate anxiety and 6.9% (n=2) rigorous anxiety. The fear diagnostic was identified in 65.9%(n=27) of the university students. Thirty-one interventions and one Nursing result were established to anxiety and other to fear. The establishment of Nursing interventions represents the proposals of driving for a healthy academic life in the context of university, which assumes the interdisciplinary acting. It's necessary that the university think over of its educational and social role, of the future professionals' formation, particularly those of health area, paying attention to the mental disorder occurrence and prevents undesirable outcomes, like suicides and the addiction to harmful health habits.

Key-words: Anxiety. Fear. Students. Nursing Diagnostic. International Council of Nurses.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos estudantes universitários, segundo as variáveis sexo, faixa etária, crença religiosa, escolaridade da mãe, mora com e curso. Alfenas-MG, 2014. ($n=41$).....	50
Tabela 2 – Distribuição dos estudantes universitários, segundo as características dos hábitos de vida. Alfenas-MG, 2014. ($n=41$).....	52
Tabela 3 – Distribuição dos estudantes universitários, segundo as percepções quanto à vida acadêmica. Alfenas-MG, 2014. ($n=41$).....	54
Tabela 4 – Distribuição dos estudantes universitários, segundo a história de saúde pregressa. Alfenas-MG, 2014. ($n=41$).....	55
Tabela 5 – Frequência dos sintomas relatados pelos estudantes universitários. Alfenas-MG, 2014. ($n=29$).....	57
Tabela 6 – Distribuição percentual das causas de medo nomeadas pelos estudantes universitários. Alfenas-MG, 2014. ($n=27$).....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diagnósticos de enfermagem de ansiedade e de medo, em estudantes universitários da área da saúde, de acordo com a CIPE®, Alfenas-MG, 2014.....	58
Quadro 2 – Intervenções e resultados de enfermagem de ansiedade e de medo, em estudantes universitários da área da saúde, de acordo com a CIPE®, Alfenas-MG, 2014.....	61

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ANDIFES	- Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
CEVISE	- Centro de Vigilância e de Prevenção da Saúde Estudantil
CIAS	- Centro Integrado de Assistência ao Servidor
CID	- Classificação Internacional das Doenças
CIE	- Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE®	- Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CREFAL	- Centro Regional de Referência da UNIFAL-MG
NANDA	- North American Nursing Diagnosis Association
NIC	- Nursing Interventions Classification
NOC	- Nursing Outcomes Classification
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PRACE	- Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis
SiSU	- Sistema de Seleção Unificado
UAB	- Universidade Aberta do Brasil
UNIFAL-MG	- Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVO	18
4	MARCOS TEÓRICOS	19
4.1	O ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO EM PERÍODOS INICIAIS DO CURSO.	19
4.2	ANSIEDADE E MEDO.....	24
4.3	TEORIA DE IMOGENE KING.....	31
4.4	CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CIPE®.....	36
5	METODOLOGIA	44
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	44
5.2	LOCAL DA PESQUISA.....	45
5.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	46
5.4	PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO.....	47
5.5	ETAPAS DA PESQUISA.....	47
5.6	TRATAMENTO DOS DADOS	48
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	49
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	87
	ANEXO	95

1 INTRODUÇÃO

O foco de interesse deste estudo são os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem de ansiedade e de medo em estudantes do terceiro período dos cursos de graduação da área de saúde de uma universidade pública, do sul de Minas Gerais.

Ansiedade e medo são conceitos usados como sinônimos, apesar de distintos. Como uma das suas distinções, diferentes autores apontam a identificação ou não da ameaça (ADAMS et al. 1997; JUÁREZ; GOIS; SAWADA, 2002).

Desse modo, o medo é definido como um estado de perturbação, relacionado a uma fonte identificável e reconhecida como perigosa. Já, a ansiedade é um estado em que o indivíduo apresenta-se apreensivo mediante uma ameaça vaga, inespecífica (ADAMS et al. 1997).

Entretanto, para Peregrino (1996), a diferenciação entre medo e ansiedade, baseada na identificação do objeto causador da ameaça, não é tão evidente. Para ilustrar essa situação, ele afirma que as fobias têm pensamentos repetitivos que objetivamente geram desconforto e, apesar de possuírem esses objetos, estão inseridas em capítulos dedicados aos transtornos da ansiedade nas classificações em Psiquiatria.

Em outra diferenciação, o medo é caracterizado pela apresentação no indivíduo de sinais e sintomas resultantes da resposta do sistema nervoso simpático. Já a ansiedade é caracterizada pela manifestação de ambas as respostas: a simpática e a parassimpática (ADAMS et al. 1997).

Além dessas distinções, outros autores afirmam que o medo, por ser uma avaliação mental de estímulos ameaçadores, é um processo cognitivo e não uma reação emocional (BARLOW, 1988; BECK, 1979; BECK; EMERY, 1985; BRANSFORD, 1979; EYSENCK, 1997; TAYLOR, 1998). Por sua vez, a ansiedade é uma reação emocional a situações de risco, sendo, portanto, uma resposta natural e instantânea ao medo (GRAEFF, 2007).

No entanto, em quaisquer dessas diferenciações, a ansiedade e o medo estão relacionados à presença de algo ameaçador e tratam da avaliação do indivíduo quanto ao risco evocado em situações de perigo (GRAEFF, 2007). Sendo

partes do sistema defensivo, ambos os conceitos referem-se a padrões de respostas incondicionadas, caracterizadas por reações fisiológicas referentes aos comportamentos de luta ou de fuga (RODRIGUES; PELISOLI, 2008).

Assim, a ansiedade e o medo são inerentes à condição humana. Experimentados em certas circunstâncias, não podem ser considerados patológicos, desde que favoreçam a adaptação do ser humano a novas situações, protegendo o organismo (CARVALHO; OLIVEIRA; ROBLES, 2013). No entanto, quando sentidos de forma exacerbada, desproporcional em relação ao estímulo ou qualitativamente diversa do que se observa como normal, passam a ser considerados patológicos, por interferirem na qualidade de vida, no conforto emocional e no desempenho do indivíduo (ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995; CASTILLO et al. 2000).

Face às adaptações de estilo de vida exigidas pelas profundas transformações sociais, econômicas e culturais ocorridas na sociedade moderna, os transtornos psíquicos têm aumentado expressivamente (CLAUDINO; CORDEIRO, 2006; FISHER, 1990; TWENGE, 2000).

No Brasil, estima-se que entre 31% e 50% da população tende a apresentar, durante a vida, pelo menos um episódio de algum transtorno mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Dentre eles, a ansiedade é considerada um dos principais problemas psíquicos, por seus altos custos sociais e individuais, além da elevada demanda de assistência; o que demonstra a importância desse fenômeno na saúde pública (ANDREATINI; BOERNGEN; ZORZETTO FILHO, 2001).

Como a ansiedade resulta da atividade de um sistema saudável chamado medo (LANDEIRA-FERNANDES; CRUZ, 2007), a literatura indica que indivíduos que apresentam um alto escore de ansiedade também apresentam um alto escore de medo (STUART; LARAIA, 2002).

Por representarem um desafio às áreas de atenção ao ser humano, a ansiedade e o medo vêm sendo estudados em relação à situação vivenciada e às exigências decorrentes dela (LA ROSA, 1998). A preocupação com a saúde mental do estudante universitário surgiu nos Estados Unidos, no início do século XX, a partir do reconhecimento de que os jovens universitários passam por uma fase natural de vulnerabilidade psicológica e de que a responsabilidade em ajudá-los, nesse

período, é da instituição em que estão inseridos (CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005).

Na revisão de literatura, em âmbito nacional e internacional, avalia-se que entre 15% e 29% dos estudantes universitários apresentarão algum transtorno mental, durante a sua vida acadêmica (BRANDTNER; BARDAGI, 2010). E, em um levantamento do perfil da clientela do serviço de saúde universitário, na Finlândia, a ansiedade e o medo constituíram 35% dos sintomas apresentados (NIEMI, 1988).

O ingresso no ensino superior, apesar de representar um acontecimento significativo e positivo na vida dos jovens, representa um complexo período de transição que envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais, familiares e econômicos (OSSE; COSTA, 2011; RODRIGUES; PELISOLI, 2008).

Uma pesquisa realizada com estudantes da Universidade de Concepción, localizada no Chile, apresentou a alta prevalência de ansiedade como um dos aspectos mais relevantes dos seus resultados. De acordo com seus autores, os elevados níveis de ansiedade estão relacionados ao estresse acadêmico, ao sentimento de esgotamento e a incapacidade dos estudantes de responder adequadamente às exigências da vida universitária (SOLAR et al. 2007).

Frente às exigências e às contingências pessoais e contextuais do ambiente universitário, os estudantes podem apresentar falhas no enfrentamento e, como formas de solução dos problemas de adaptação ao novo contexto, podem apresentar comportamentos de risco (OSSE; COSTA, 2011). Entre os jovens universitários o mais frequente meio de enfrentamento inadequado é o uso de álcool (LARANJO; SOARES, 2006).

Como todo ser humano é um ser biopsicossocial, qualquer alteração psíquica o afeta como um todo. As alterações físicas ou psicológicas nesses jovens adultos acarretam um conjunto de transformações que provocam mudanças em suas vidas, em nível cognitivo e social (CLAUDINO; CORDEIRO, 2006). Desse modo, além dos impactos sobre o próprio aluno afetado, é preciso considerar que esses transtornos podem impactar a instituição, a família e a sociedade (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2006).

Ao tratar de estudantes de cursos voltados para a saúde, espera-se que a saúde mental deles esteja de acordo com as necessidades e os requerimentos dos trabalhos que estão destinados a realizar (PEREIRA, 2009). Contudo, Franca e

Colares (2008) mostraram que, nos concluintes de cursos da área de saúde, a adoção de hábitos nocivos tem aumentado, bem como a ocorrência de transtornos de ansiedade e depressão.

Ainda que a complexidade dessa etapa de vida e a relevância desse tema tenham sido reconhecidas há muito tempo, no Brasil, ainda são incipientes os estudos sobre a morbidade psiquiátrica nessa população (CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005). Além disso, os serviços de apoio aos estudantes das instituições de ensino, em geral, limitam-se à oferta de informações pedagógico-administrativas. Situações pessoais significativas e dificuldades comuns a essa etapa de vida não encontram espaço para discussão em sala de aula e não são consideradas na programação dos cursos ou da grade curricular (OSSE; COSTA, 2011). Assim, torna-se defasada a atenção ao aluno como uma pessoa que vivencia uma situação de dificuldade (JORGE, 1996).

2 JUSTIFICATIVA

A importância da saúde mental é reconhecida como uma relevante dimensão do estado de completo bem-estar do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Nessa perspectiva, o cuidado deve ultrapassar as necessidades biológicas e enfatizar também as necessidades emocionais.

O processo de enfermagem é uma tecnologia do cuidar que orienta o raciocínio clínico e melhora a qualidade do cuidado prestado (SASSO et al. 2013). Por permitir ao enfermeiro maior cientificidade das suas ações e resgatar os atributos e as competências próprias da profissão, ele é fundamental para a sistematização das ações de enfermagem, em qualquer instância do cuidado à saúde (JESUS, 1992; ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Há vários estudos na literatura nacional que tratam da investigação de diagnósticos de enfermagem no ensino, na pesquisa e na assistência (BERGAMASCO et al. 2004; BRAGA et al. 2002; CARVALHO, 1995; CROSBY, 1988; DALRI, 2000; FARIA, 2000, GALDEANO 2002; GOMES et al. 2012; SURIANO et al. 2009). No entanto, estudos sobre a aplicação do processo de enfermagem na assistência à saúde mental de estudantes universitários não foram localizados no levantamento bibliográfico realizado.

No âmbito da enfermagem brasileira, o estudo sobre ansiedade e medo tem se limitado à situação vivenciada pelo paciente cirúrgico nos diferentes momentos do perioperatório (BERGAMASCO et al. 2004).

Estudos sobre a saúde mental do universitário, além de serem incipientes, têm se limitado aos graduandos de Medicina (CERCHIARI; GARCIA; FACCENDA, 2009; LOPES, 2009).

Na Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), pouco se estudou sobre o assunto. Tem-se observado nessa Instituição, nos últimos anos, um aumento do número de estudantes que buscam por atendimento médico e/ou afastamento para tratamento de doenças manifestadas por sinais e sintomas de estados emocionais negativos. Além disso, no ano de 2013, nessa universidade, ocorreram duas mortes de estudantes da área da saúde por suicídio.

Como estudante egressa dessa universidade, a pesquisadora teve seus questionamentos sobre a temática suscitados pela convivência, ao longo dos anos da graduação, com universitários apresentando sofrimento mental. Durante esse período, nenhum estudo foi realizado, no âmbito institucional, para o dimensionamento dessa problemática.

Estudantes universitários compõem um grupo especial de investimento social de um país, particularmente pelas funções de liderança que exercerão na sociedade (ANDRADE et al. 1997). Assim, suas vulnerabilidades devem ser estudadas para que sejam subsidiadas intervenções que favoreçam o desempenho acadêmico, a formação profissional e o desenvolvimento integral desses indivíduos, além de reduzirem a adoção de condutas de risco que possam vir a se tornarem hábitos. (PEREIRA, 2009; OSSE; COSTA, 2011).

Como os estudantes de cursos de graduação da área biomédica estão se preparando para lidar com vidas humanas e suas condições psicológicas podem influenciar sua formação e a futura atuação, torna-se necessário conhecer melhor as respostas desses estudantes à condição de ansiedade e de medo.

Instituições de ensino superior devem conhecer e refletir sobre o contexto do ensino, as características dos seus alunos e os momentos críticos vivenciados ao longo do curso (LIMA; DOMINGUES; RAMOS-CERQUEIRA, 2006). Cabe a essas instituições acolher os sofrimentos, as angústias e as expectativas dos seus estudantes (SANTOS, 2006). Igualmente, elas devem buscar o entendimento dos fatores que influenciam os estudantes durante a graduação, para que sejam capazes de desenvolver as capacidades, habilidades, valores e atitudes de seus alunos, em busca da autossuficiência intelectual, pessoal e social desses indivíduos (PEREIRA, 2009).

Escolas superiores de saúde têm em seu corpo docente profissionais de saúde. Assim, sua responsabilidade em abordar a saúde mental e prevenir a ocorrência de riscos e agravos à saúde de seus alunos torna-se acrescida (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRICS, 2006).

Frente às considerações realizadas e a escassez de estudos sobre a ansiedade e, especialmente, o medo em estudantes universitários, optou-se por realizar este estudo.

Uma vez que a identificação das respostas de um indivíduo aos problemas de saúde ou aos processos vitais caracteriza a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, a identificação destes em estudantes apresentando ansiedade e/ou medo pode subsidiar o planejamento de ações para o enfrentamento dessa problemática, fortalecendo o papel da universidade na promoção da formação profissional saudável.

3 OBJETIVO

Elaborar os enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de ansiedade e de medo em estudantes de uma universidade pública, regularmente matriculados no terceiro período dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia, de acordo com a Classificação Internacional para as Práticas em Enfermagem – CIPE® versão 2.0.

4 MARCOS TEÓRICOS

Os conceitos e referenciais teóricos que nortearam a realização do estudo serão descritos a seguir.

4.1 O ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO EM PERÍODOS INICIAIS DO CURSO

Estudar a relação entre, de um lado, a ansiedade e o medo e, do outro, o jovem universitário é importante, uma vez que este atravessa um período marcado por mudanças fisiológicas, psicossociais, emocionais e cognitivas, além de pressões relacionadas às exigências acadêmicas (PEREIRA, 2009).

A adolescência compreende o período de vida entre os 10 e os 19 anos de idade. Neste período, distingue-se adolescência inicial, entre 10 e 14 anos de idade, e a adolescência final, na idade de 15 a 19 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). É uma fase de intensas modificações no desenvolvimento humano, marcada por alterações biológicas e pela maturidade biopsicossocial do indivíduo. Sendo assim, é identificada como um período de crise, caracterizado pela vivência de importantes transformações mentais e orgânicas (JATOBÁ; BASTOS, 2007).

Com a industrialização, a educação tornou-se uma forma de garantir o progresso, que se traduziu em modificações no funcionamento das sociedades. Deste modo, nas sociedades ocidentais, a adolescência tem se apresentado como um período cada vez mais longo, devido à extensão da fase escolar (OLIVEIRA, 2008). Assim, algumas classificações afirmam que esta fase do desenvolvimento humano ocorre entre os 12 e os 21 anos de idade, sendo o seu término mais difícil de definir, visto não ser marcado por uma mudança física. O término da adolescência é definido pela obtenção das responsabilidades e dos direitos de um adulto, além do reconhecimento enquanto tal pela família, sistema penal e sociedade (ADAMS, 2005; FONSECA, 2002).

A fase final da adolescência é um período caracterizado por mudanças, sobretudo, nas capacidades cognitivas e no ajustamento emocional e social do indivíduo (HUSSONG; CHASSIN, 2004). Em nível cognitivo, o jovem passa a pensar de forma crítica e criativa sobre o que o rodeia, explorando novas formas de processar a informação (OLIVEIRA, 2008; PIAGET, 1978). No nível afetivo, vive as suas emoções de forma intensa (ADAMS, 2005; OLIVEIRA, 2008). Seus conflitos e dificuldades representam situações de forte cunho emocional, uma vez que é pressionado a enfrentar e a resolver problemas com os quais não estava acostumado, tais como a escolha vocacional, a preparação para o mundo das profissões e o estabelecimento de novas relações fora da conjuntura familiar (BIANCHETTI, 1996). Quanto às alterações no nível psicológico, o jovem sente a necessidade de desenvolver sua autonomia e construir a sua identidade, sendo essas características cruciais para se tornar adulto. No nível social, passa a desempenhar um novo papel: o de adulto jovem (FERREIRA et al. 2009; LOPES, 2010).

O estudante ingressante no ensino superior geralmente encontra-se nesta fase. Assim, ele vivencia um estado entre dois paradigmas: não ser mais criança e ainda não ser adulto (PEREIRA, 2009). Nesta fase da sua vida, o adolescente ou jovem adulto é confrontado com tarefas e situações cada vez mais complexas, para as quais ele nem sempre está preparado. Somam-se a essas exigências os processos de escolha afetiva, a autonomia em relação aos pais e a descoberta progressiva do tornar-se adulto sem a plenitude das aptidões correspondentes (ABEN, 2001; CLAUDINO; CORDEIRO, 2006; MONTEIRO; TAVARES; PEREIRA, 2007).

Nesse processo moroso de aprender a lidar com responsabilidades que farão parte da sua vida futura, conhecer-se e construir a sua identidade, o seu sistema de valores e a sua autonomia, o jovem vivencia, muitas vezes, uma sensação de desamparo (CLAUDINO; CORDEIRO, 2006; PEREIRA, 1997).

Em uma pesquisa realizada sobre o bem-estar psicológico nos adolescentes, foi constatada a tendência para o bem-estar diminuir com a idade (SILVA et al. 2007). Esse momento estratégico do ciclo vital pode resultar em falhas de enfrentamento, comportamentos inadequados e sofrimento psíquico (BEAUTRAIS; JOYCE, 1998; HOUSTON; SHEPPERD, 2001; KRAUSKOPF, 2005; TURECKI,

1999). Nesse período, os jovens podem ser considerados mais vulneráveis às mudanças e, conseqüentemente, sob maior risco. Corroborando essa afirmativa, a Organização Mundial de Saúde reconhece que a fase de vida entre os 18 e os 25 anos é propícia ao aparecimento de comportamentos autodestrutivos, como forma de sinalizar necessidades de auxílio e apoio.

Com a ascensão ao ensino superior, a construção final da personalidade atinge o seu ponto crucial (CLAUDINO; CORDEIRO, 2006). As perdas do desenvolvimento juvenil acentuam-se quando os jovens ingressam na universidade. Ao se afastarem de um círculo conhecido de relacionamentos familiares e sociais, situações de crise podem ser desencadeadas (CERCHIARI, 2004; FERNANDES; RODRIGUES, 1993). Além disso, a transição para o ensino superior envolve a quebra com os hábitos e as rotinas anteriores, a adaptação a um ambiente desconhecido e aos novos desafios acadêmicos e psicossociais, bem como a preocupação relacionada à futura inserção no mercado de trabalho (DO PRADO; KUREBAYASHI; SILVA, 2012; MONTEIRO; TAVARES; PEREIRA, 2007). Desse modo, alguns estudos têm afirmado que os transtornos mentais têm maior chance de ocorrer pela primeira vez no início da vida adulta, principalmente durante a graduação (CERCHIARI, 2004; MOWBRAY et al. 2006). E, segundo Adlaf e colaboradores (2001), há uma maior prevalência de sofrimento mental entre universitários, quando comparados aos jovens da mesma idade que não estão na universidade.

Ainda que o ingresso no ensino superior seja considerado uma forma natural de separação, a ocorrência frequente de manifestações sintomáticas verificadas durante o primeiro ano do ensino superior, nos jovens ou na unidade familiar, identifica este período como altamente gerador de estresse (AKGUN; CIARROCHI, 2003; ARNETT, 2000; CHERMERS; HU; GARCIA, 2001; PEREIRA, 1997; SHIELDS, 2001).

Ingressar na universidade nem sempre significa estabilidade. Assim os jovens podem manifestar preocupações, dúvidas, ansiedade e medo. Entre os fatores desencadeantes dessas manifestações estão: as transformações maturacionais; as cobranças pessoais e o enfrentamento das expectativas da família e da sociedade; o grande volume de conteúdos para estudar, a sensação de não saber nada, e a expectativa frente aos resultados das avaliações; a necessidade de longas horas de

estudo e a dificuldade de organização do tempo; a competitividade e a possibilidade do fracasso; a incerteza relativa à escolha profissional e as perspectivas do mercado de trabalho; as frustrações com o ciclo básico; a vontade de abandonar o curso e o receio de não receber o apoio necessário; a distância dos familiares e a necessidade de organizar a sua vida sem a ajuda da família; as condições financeiras desfavoráveis e a necessidade de gerir os seus recursos; a convivência com as diferenças culturais, de convicções religiosas, ideológicas e filosóficas; os problemas com o ambiente na sala de aula, com a autoridade ou com a relação entre os pares; o distanciamento dos professores e as limitações nas atividades de lazer (BORGES et al. 2008; CLAUDINO; CORDEIRO, 2006; DE REZENDEI, 2008; FERREIRA et al. 2009; FIOROTTI et al. 2010; SOARES; MARTINS, 2010; MONTEIRO; TAVARES; PEREIRA, 2007).

O acúmulo de exigências e contingências muda obrigatoriamente a forma de viver do jovem estudante universitário. O confronto com o ensino superior o mobiliza a buscar recursos de enfrentamento para sua adaptação às condições que se impõem (CLAUDINO; CORDEIRO, 2006; OSSE; COSTA, 2011). Assim, a complexidade desse momento de transição pode resultar em falhas de enfrentamento, adoção de comportamentos inadequados e formação de sintomas físicos e emocionais (ARNETT, 2000; DUSSELIER et al. 2005; LENZ, 2004).

Contudo, é inegável o valor positivo do ambiente universitário à saúde mental. O ensino superior promove a socialização, a independência e a autossuficiência. A aprendizagem de forma construtiva e estimulante pode aumentar a autoconfiança e o sentimento de realização. Esses aspectos promovem a autoestima, a resistência e boa saúde mental, que protegem os indivíduos contra as desordens psíquicas (PEREIRA, 2009). Durante a formação universitária, o jovem deixa a dependência da infância e da adolescência, começa a tomar importantes decisões em sua vida e a assumir as responsabilidades de um adulto. É uma fase determinante da vida, em que se espera a consolidação da identidade, o estabelecimento da autonomia, a aquisição de sentido de competência e a gestão das emoções e dos relacionamentos (OSSE; COSTA, 2011).

A graduação em cursos na área biomédica tem sido apontada como a mais ansiogênica, quando comparada às outras áreas (OSSE; COSTA, 2011). Durante os cursos superiores de saúde, os estudantes devem aprender a lidar com

demandas acadêmicas mais intensas, visto que geralmente assistem às aulas diárias nos dois turnos; com a gestão do crescente volume e complexidade dos conhecimentos e informações recebidos; com a dificuldade na administração do tempo para a realização de diferentes atividades acadêmicas; com o pouco tempo para as atividades de lazer e o desgaste decorrente dos estágios práticos e do contato com a doença e com a morte. Essa situação exaustiva traz consigo a exigência de um esforço de ajustamento e adaptação maior (FERREIRA et al. 2009; FIOROTTI et al. 2010; GARRO et al. 2006; PEREIRA, 2009).

No entanto, espera-se que o nível de saúde mental desses estudantes esteja de acordo com as necessidades e as exigências do trabalho que realizarão, devido ao seu potencial impacto sobre os outros (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2006).

Quanto às dificuldades de adaptação sentidas pelos estudantes universitários em diferentes momentos do curso, não há consenso no que se refere à maior ou menor taxa de ansiedade no início, meio ou final do curso. Estudo aponta maior prevalência de ansiedade entre os alunos do curso básico (FIOROTTI et al. 2010) enquanto outro afirma não haver diferença (FERREIRA et al. 2009).

Contudo, diferentes autores afirmam que a estimativa de ocorrência de algum transtorno mental durante o período universitário é de 15% a 25% entre os alunos (ADEWUYA et al. 2006; CAVESTRO; ROCHA, 2006). A literatura também mostra que cerca de 20% dos estudantes da graduação sentem-se profundamente infelizes ou têm algum problema emocional (BALLONE, 2003). Estudos sobre transtornos ansiosos em estudantes universitários têm revelado a alta prevalência de ansiedade nesta população e seus efeitos sobre o rendimento acadêmico, o isolamento e o bem estar emocional (PEREIRA, 2009).

Há cerca de 70 anos, nos Estados Unidos e na Europa, teve início a discussão a respeito da saúde mental do universitário. No Brasil, o trabalho pioneiro de Loreto (1958), seguido pelos estudos de Fortes (1972) e Albuquerque (1973), afirmaram a necessidade de uma assistência formal a essa população. Apesar de a literatura brasileira sobre esta temática ser incipiente (CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005b), alguns serviços documentam o aumento de estudantes doentes (BEAUTRAIS; JOYCE, 1998; CARLINI-COTRIN; GAZAL; GOUVEIA, 2000; FONAPRACE, 2004).

O conhecimento e a compreensão dos sintomas envolvidos na ansiedade e no medo dos estudantes universitários podem contribuir para que sejam identificados mais facilmente os alunos em risco; para a detecção e a intervenção precoces em adoecimentos ou agravamentos de situações de risco; para o desenvolvimento de programas específicos que propiciem cuidados preventivos e tratamentos adequados; para a redução do impacto de eventuais perturbações nas atitudes e comportamentos dos estudantes e para melhorar o desempenho e a qualidade da permanência deles na universidade até a conclusão do curso (OSSE; COSTA, 2011; PEREIRA, 2009).

4.2 ANSIEDADE E MEDO

Ansiedade e medo são temas que têm tido atenção pela maior consciência social sobre os fatores de risco e pela constante divulgação de estilos de vida que afetam a saúde e o bem-estar do homem (MOTTA, 2012).

Uma vez que as tensões e o estresse, cada vez mais, fazem parte do cotidiano do homem contemporâneo, esses temas têm sido estudados em relação à situação vivenciada pelos indivíduos e às exigências decorrentes dela (DAVIDSON; CONNOR, 1999; LA ROSA, 1998)

Como nos jovens os sentimentos e emoções tomam grandes proporções frente às mudanças e desafios a serem enfrentados, as perturbações da ansiedade e do medo devem ser encaradas com seriedade e compreensão (CLAUDINO; CORDEIRO, 2006; OLIVEIRA, 2008; PEREIRA, 1997).

A ansiedade é conceituada como um estado de agitação emocional causado por uma situação incerta e assimilada como perigosa (FIORI, 1999). Para Andrade e Gorenstein (1998), é um estado emocional transitório caracterizado pelo surgimento de sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, além do aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Percebida como um estado de alerta tenso e exaustivo, focaliza-se em um perigo iminente, inevitável e objetivamente não aparente, trazendo uma incerteza dolorosa sobre a possibilidade de se resolver a situação (MARTIN, 1998).

É uma experiência subjetiva na qual o indivíduo experimenta uma súbita elevação do seu estado de ansiedade ao avaliar uma situação como ameaçadora. Sua duração e intensidade variam de acordo com o grau de ameaça que o indivíduo atribui à situação (SANTAROSA, 1984; LIPP, 2001; SOARES; MARTINS, 2010).

A ansiedade acende a atenção para os problemas e gera comportamentos cautelosos diante do risco e da incerteza (BECKER, 1999). Desse modo, tem o propósito de proteger as pessoas dos perigos que ameaçam os seus valores ou a sua existência. Portanto, é útil à proteção, à sobrevivência e ao desenvolvimento, desde que mantida em níveis suportáveis e que atue como um estímulo à consciência, à vigilância e à ação (CARVALHO; OLIVEIRA; ROBLES, 2013; MAY, 1980; PEREIRA, 2009).

Normalmente, é sentida em função da previsão de situações futuras, mas surge também a respeito de algo já passado ou em presença de situações consideradas como desagradáveis para o indivíduo. Assim, este estado emocional implica o pressentimento de uma condição aversiva ou penosa; a atitude de espera em relação ao perigo; algum grau de incerteza ou de dúvida e a sensação de estar desprotegido. Portanto, consiste numa resposta fisiológica, comportamental e cognitiva, que pode surgir em circunstâncias diversas, indo da normalidade à psicopatologia (CRUZ et al. 2010, JUÁREZ; GOIS; SAWADA, 2002; MATTOS, 2010; MOTTA, 2012; SADALA, 1994)

Já, o medo pode ser conceituado como um estado de estressante expectativa diante de uma ameaça concreta (KLATCHOIAN, 1993; TOLENDAL, 1995). É um julgamento, surgido com a percepção do risco, de que há um perigo real ou potencial, em uma determinada circunstância. Ele tem seu início pela consciência de fatores de risco que estão fora do controle da pessoa, que deve reagir para preservar a sua segurança (MOTTA, 2012).

O medo, então, tem um objeto definido que pode ser enfrentado, analisado e atacado (FIORI, 1999). Sua manifestação varia de acordo com as habilidades, as competências para a resposta e a percepção de vulnerabilidade do indivíduo. Em outros termos, o medo é a preocupação com o risco e a incerteza sobre a possibilidade de êxito (BAYERISH, 1993).

Uma pessoa sente medo quando se aproxima do perigo, de forma real ou imaginária e, sua intensidade pode aumentar diante de fatores que não estão

presentes, mas que podem ocorrer no futuro. De tal forma, o medo pode ser realista, explicável por premissas lógicas e pela observação objetiva, ou irrealista, baseado em premissas falsas e imaginações (MOTTA, 2012). Guedes-Pinto (1995) afirma que o medo pode ser classificado como objetivo, quando a pessoa sente temor ao lembrar-se de experiências anteriores, ou subjetivo, quando a pessoa o sente por aquisição de experiências de outras pessoas.

Sendo mais que uma avaliação emocional, o medo centra-se na esfera cognitiva (MATTOS, 2010). Ele leva o indivíduo a não correr riscos, a aguçar os sentidos e a reagir prontamente. Assim, evita o perigo, protege a pessoa, mantém a vigilância e permite a sobrevivência. Contudo, apesar de atuar como um fator de proteção crucial à sobrevivência, pode tornar-se prejudicial ao bem-estar, a partir do momento que se torna excessivo e impede uma vida saudável (LOPES, 2010).

Segundo Nurmi (2004), os medos mais evidentes entre os jovens estão relacionados às preocupações relativas às tarefas para o seu desenvolvimento (não conseguir um emprego, fracassar na escola, não conseguir ter uma vida romântica); aos acontecimentos negativos que possam acontecer com seus pais ou familiares e num nível mais social (como guerras ou problemas ambientais).

A ansiedade e o medo são formas mais intensas de indivíduos que se sentem ameaçados na continuidade da rotina de vida demonstrarem uma preocupação. Assim, são frequentemente usados como sinônimos (JUÁREZ; GOIS; SAWADA, 2002; MOTTA, 2012).

Em sendo difícil conceituar esses estados, percebe-se a dificuldade em caracterizá-los. Mudanças no cotidiano associadas às características dos indivíduos podem desencadear essas alterações emocionais. Assim, identificar esses estados auxiliaria o planejamento de uma assistência capaz de atender as necessidades de cada indivíduo (JUÁREZ; GOIS; SAWADA, 2002).

Diferenciando a ansiedade e o medo, autores afirmam que o medo é um estado provocado pela presença real de um objeto ou uma situação ameaçadora (JUÁREZ; GOIS; SAWADA, 2002). E, em contraste com o medo, a ansiedade é um sentimento vago e desagradável, derivado da antecipação do perigo (ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995). De forma mais objetiva, May (1980) afirma que o medo é uma reação a um perigo específico e concreto, enquanto a ansiedade é inespecífica, vaga e sem objeto. Igualmente, Fiori (1999) diz que o medo é concreto,

fundamentado no real, enquanto a ansiedade é difusa, por não se relacionar a uma ameaça específica.

Além da diferença entre a especificidade ou não do perigo, esses estados emocionais distinguem-se nos sentimentos experimentados pelo indivíduo. Na ansiedade o indivíduo sente tensão, apreensão e inquietação (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). Já, no medo, os sentimentos de temor, espanto, pavor ou terror estão presentes (DELUMEAU, 1996).

Em outra analogia, como o medo deriva de um estímulo identificável, o comportamento de fuga ou esquia é provocado. Enquanto que, como na ansiedade não há desencadeadores claros, estes não podem ser evitados e sua manifestação pode incluir a tristeza, a vergonha e a culpa; como também a cólera, a curiosidade, o interesse ou a excitação (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

O medo é então caracterizado pela apresentação no indivíduo de uma resposta simpática, com aumento do estado de alerta. Na ansiedade, a resposta parassimpática também se apresenta e o indivíduo experimenta sentimentos de incerteza (ADAMS et al. 1997).

Há ainda autores que afirmam que o medo é um processo cognitivo, por ser a avaliação mental de estímulos ameaçadores (BECK, 1979; BECK; EMERY, 1985; BRANSFORD, 1979; EYSENCK, 1997; TAYLOR, 1998).

Outros autores também apontam que as estruturas neurológicas que servem de suporte à ansiedade e ao medo são diferentes, no entanto, os percursos cerebrais implicados no medo e na ansiedade em humanos ainda não estão totalmente estabelecidos (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

Como se constata, a ansiedade e o medo têm diferenças. No entanto, há autores que afirmam que essa diferenciação não é tão clara (PEREGRINO, 1996), que a ansiedade e o medo são interdependentes, com a mesma raiz ontológica (KLATCHOIAN, 1993) e que a ansiedade resulta do medo (LANDEIRA-FERNANDES; CRUZ, 2007).

A relação intrínseca entre o medo e a ansiedade é observada em diferentes estudos que associam estes estados e revelam que indivíduos que apresentam um alto escore de medo também apresentam um alto escore de ansiedade (GOMES et al. 2012; STUART; LARAIA, 2002)

A ansiedade e o medo estão relacionados à presença de uma ameaça e tratam da avaliação do indivíduo quanto ao risco evocado por ela (GRAEFF, 2007). Ambos os conceitos referem-se a padrões de respostas incondicionadas, caracterizadas por reações fisiológicas referentes aos comportamentos de luta ou fuga (RODRIGUES; PELISOLI, 2008).

Sendo inerentes à condição humana, não podem ser considerados patológicos, desde que favoreçam a adaptação do indivíduo a novas situações, protegendo-o (CARVALHO; OLIVEIRA; ROBLES, 2013). No entanto, quando sentidos de forma exacerbada, desproporcional em relação ao estímulo ou qualitativamente diversa do que se observa como normal, passam a ser considerados patológicos, por interferirem na qualidade de vida, no conforto emocional e no desempenho do indivíduo (ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995).

Quanto aos fatores relacionados aos estudantes, autores afirmam que as dificuldades em dominar uma tarefa; a proximidade de avaliações ou exames, a possibilidade de reprovação, as situações que exigem a fala em público (como apresentação de seminários e a participação durante as aulas), os ensinamentos clínicos (devido aos riscos que provocam), as expectativas da família e da sociedade, as expectativas quanto ao mercado de trabalho, a incerteza relativa à escolha profissional e o excessivo número de matérias para estudar geram desconforto e ansiedade excessiva (CLAUDINO; CORDEIRO, 2004; CERCHIARI, 2004; LOOS, 2004; MINEKA; OHMAN, 2002; SOARES; MARTINS, 2010).

Assim, o estudo de Cruz e colaboradores (2010) mostrou que as situações de apresentação oral de trabalhos, os dias anteriores a uma avaliação, o dia da avaliação e a duração dos ensinamentos clínicos revelaram efeitos sobre a ansiedade dos estudantes. Além destes, a possibilidade de exercer a profissão logo após a finalização da graduação, de o curso possibilitar a realização profissional e de conseguir concretizar os seus objetivos em curto prazo também tiveram efeito significativo na ansiedade dos estudantes.

Os indivíduos em estado de ansiedade ou de medo podem apresentar respostas fisiológicas, comportamentais, cognitivas e afetivas. Entre as respostas fisiológicas estão: as cardiovasculares (alterações na pressão arterial, taquicardia, bradicardia, tonturas, lipotímia, extremidades pálidas e frias, visão turva, sensações de frio e calor); as respiratórias (taquipneia, dispneia, sensação de pressão no tórax,

respiração superficial, sensação de sufocamento e engasgos); as gastrointestinais (alterações no apetite, repulsa pela comida, desconforto abdominal, boca seca, náuseas, gastralgia, constipação ou diarreia); as neuromusculares (dilatação pupilar, hiperreflexia, diminuição da coordenação motora, abalos palpebrais, insônia, tremores, rigidez, inquietação, andar a esmo, tensão facial, fraqueza nos membros inferiores ou fraqueza generalizada); as urinárias (pressão para urinar e micção frequente) e as cutâneas (sudorese localizada ou generalizada, rubor facial, prurido, ondas de calor e de frio, palidez facial). Já entre as respostas comportamentais estão: tensão, hipervigilância, discurso acelerado, inquietação, inibição, fuga, esquiva, isolamento social, tendência a acidentes e reação de sobressalto. Entre as respostas cognitivas, citam-se: bloqueio de pensamento, diminuição da atenção, diminuição da concentração, esquecimento, julgamento errôneo, preocupação excessiva, diminuição do campo de percepção, redução da criatividade, redução da produtividade, medo de morrer, perda da objetividade, medo de perder o controle do comportamento, imagens visuais assustadoras, recordações intrusivas e pesadelos. E, entre as afetivas, estão: impaciência, desconforto, tensão, medo, pavor, torpor, culpa e vergonha (CARVALHO, OLIVEIRA, ROBLES, 2013; GENTIL; LOTUFO-NETO, 1996; MATOS, 1991; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Quando se apresentam de forma exagerada, desproporcional em relação ao estímulo, qualitativamente diversa do que se espera e interferentes na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário do indivíduo, a ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos (CASTILLO et al. 2000). Nesse contexto, julgamentos distorcidos do perigo levam os indivíduos a reagirem de forma excessiva e a subestimarem sua capacidade de lidar com as ameaças ao seu bem-estar físico e psicológico (SADOCK; SADOCK, 2007).

A ansiedade e o medo, quando excessivos, passam a interferir nas relações interpessoais e nas construções cognitivas. Estudos têm demonstrado que a ansiedade em altos níveis influencia negativamente o desempenho dos estudantes, ao prejudicar a percepção e a memória, bem como aumentando as reações de autodepreciação (BENJAMIN et al. 1981; MUELLER, 1978; 1979). Entre outros aspectos cognitivos prejudicados estão o processo de aprendizagem, a redução de atenção e da concentração (MELEIRO, 2001). Assim, consistindo em um comportamento não-integrativo, a ansiedade dificulta o desenvolvimento construtivo

do indivíduo, uma vez que este, por se encontrar em um estado defensivo, não estará aberto ao aprendizado (LOOS, 2004).

Entre os estudos desenvolvidos sobre a ansiedade em estudantes universitários, Pereira (2005) demonstrou em seus resultados que todos os estudantes que participaram da investigação apresentavam ansiedade, não se verificando ausência de ansiedade em nenhum deles. Também revelou que os alunos do primeiro ano do curso de Radiologia apresentaram níveis de depressão e de ansiedade superiores aos dos alunos de quarto ano. Eisenberg e colaboradores (2009) desenvolveram um estudo com universitários no qual o sexo e a idade foram fatores destacados como de estreita relação com a ansiedade. Neste estudo, as universitárias tinham maior propensão a apresentar depressão, ansiedade e distúrbios alimentares, enquanto os alunos mais jovens apresentavam sintomas de depressão e de distúrbios alimentares, mas não de ansiedade. Já Velez e outros autores (2008) buscaram identificar as características ansiosas e depressivas em estudantes do primeiro ano de Psicologia de uma universidade colombiana. Seus resultados mostraram que não existem diferenças significativas entre os níveis de depressão e de ansiedade nos alunos no início e no final do curso e que os estudantes do sexo feminino obtiveram ansiedade e depressão mais altas do que os estudantes do sexo masculino.

Quanto a estudos sobre o medo em estudantes universitários, na literatura pesquisada, foi encontrado o trabalho de Lopes (2010) que buscou compreender as representações sociais do medo entre jovens universitários dos cursos de Enfermagem, Gestão de Marketing e Psicologia. Seus resultados revelaram que o medo é, sobretudo, representado enquanto morte e solidão originando ansiedade, tristeza e incapacidade. O medo da reprovação também é destacado. Estudantes do sexo feminino e estudantes mais velhos do sexo masculino salientaram a dimensão afetivo-emocional do medo, enquanto os rapazes revelaram medos mais objetivos, numa dimensão mais cognitiva. Os alunos de Psicologia revelaram-se como os mais cognitivistas e os de Enfermagem como os mais afetivo-emocionais.

Quanto às investigações sobre a ansiedade e o medo no âmbito da enfermagem, verifica-se um número reduzido (JUÁREZ; GOIS; SAWADA, 2002). No levantamento bibliográfico, encontrou-se um estudo com objetivos de identificar e validar o conteúdo das características definidoras dos diagnósticos de medo e de

ansiedade para o paciente queimado. Como resultados, as características definidoras que obtiveram maior pontuação foram “preocupação expressa devido a mudanças em eventos da vida” para a ansiedade e “refere ou nota-se insônia” para o medo (BERGAMASCO et al. 2004).

Em outra pesquisa, buscou-se identificar a presença das características definidoras dos diagnósticos de medo e de ansiedade no pré-operatório imediato de pacientes submetidas à cirurgia ginecológica. Como resultado, esse trabalho identificou a presença mais relevante das seguintes características definidoras: apreensão, relato verbal de ansiedade, verbalização e angústia, excitação e inquietação, boca seca, nervosismo e medo da morte (SURIANO et al. 2009).

E um terceiro estudo avaliou como enfermeiros, das clínicas médica e cirúrgica de um hospital universitário, utilizavam os diagnósticos de enfermagem de ansiedade e de medo, ou seja, quais as características definidoras eles julgavam mais decisivas para o uso desses diagnósticos. Assim, as características definidoras principais para o uso do diagnóstico de ansiedade foram: relato de incapacidade de relaxar, insônia e irritabilidade/impaciência. Para o diagnóstico de medo, as características definidoras principais foram: sentimento de pavor, medo, apreensão e alarme; frequência cardíaca aumentada; tremores na voz e palpitação. Esse estudo também apontou que os enfermeiros associam o medo a um episódio agudo evidenciado por manifestações fisiológicas e a ansiedade à cronicidade. Além disso, mostrou que as dificuldades para o uso correto dos diagnósticos de enfermagem para ansiedade e medo estavam em reconhecê-los pelo relato verbal e relacioná-los a sinais e sintomas (GOMES et al. 2012).

É importante esclarecer que os diagnósticos de enfermagem de ansiedade e medo e as características definidoras descritos nesses estudos estão de acordo com a Taxonomia I da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem.

4.3 TEORIA DE IMOGENE KING

Inicialmente, por não dispor de um corpo de conhecimento próprio, a Enfermagem esteve dependente das outras ciências. Com a evolução de uma

epistemologia em enfermagem, sentiu-se a necessidade de serem desenvolvidos conhecimentos específicos que atendessem aos seus interesses, necessidades e peculiaridades (CIANCIARULLO, 2001).

As teorias em enfermagem tiveram origem nos Estados Unidos e a maioria dos estudiosos dessa área de conhecimento credits à Florence Nightingale o título de primeira teórica moderna da enfermagem (LEOPARDI, 1999). As teorias de enfermagem são construções, que visam aperfeiçoar a assistência, a partir da prática ideal (MOREIRA; ARAÚJO, 2002). Ao longo de mais de 50 anos, diversos teóricos da enfermagem desenvolveram modelos e teorias no intuito de orientar a prática, a pesquisa, o gerenciamento e o ensino (MC EWEN; WILLS, 2009).

O uso de uma teoria oferece estrutura e organização ao conhecimento da enfermagem, além de proporcionar um meio sistemático de coletar dados para descrever, explicar e prever a prática, promovendo sua racionalidade e sistematização. As teorias afirmam o foco da prática de enfermagem, bem como suas metas e resultados específicos. Deste modo, determinam e esclarecem a finalidade da prática de enfermagem, distinguindo-a das outras profissões e estabelecendo seus limites (MC EWEN; WILLS, 2009).

As teorias de enfermagem variam em seus elementos, características, complexidade dos elementos e tipos de relacionamentos entre eles. No entanto, a observação e a reflexão da prática resultaram em um consenso quanto aos fenômenos e conceitos centrais da enfermagem, sendo eles: o ser humano, o ambiente, a saúde e a própria enfermagem. Diante disso, essas teorias passaram a ser construídas pelo relacionamento entre esses conceitos. Assim, a enfermagem, atualmente, possui diferentes teorias embasadas na prática do cuidado que conceituam a saúde, o homem, o ambiente e a própria enfermagem (BRAGA; DA SILVA, 2011; CIANCIARULLO, 2001).

Meleis (1985) considera as teorias de enfermagem em três categorias de análise: o foco, a relação paciente-enfermeiro e a razão de ser da enfermagem. De tal modo, estão classificadas em: teorias das necessidades, teorias da interação e teorias de resultado. Para ele, a Teoria de Imogene King (1981), é classificada como interativa, assim como as de Joyce Travelbee, Hildegard Peplau e Ida Jean Orlando.

Imogene King desenvolveu sua teoria na década de 60, época em que as enfermeiras buscavam embasamento científico para a prática de enfermagem e o papel da enfermeira (BRAGA; DA SILVA, 2011). Para desenvolver sua teoria, King fundamentou-se em vários autores e, principalmente, no Modelo de Sistemas Gerais de Von Bertalanffy (MC EWEN; WILLS, 2009). A teoria de King é então conhecida como “Teoria do Alcance de Metas” e está fundamentada na Teoria de Sistemas e no Interacionismo Simbólico (ARAÚJO; OLIVEIRA; FERNANDES, 2005).

O Interacionismo Simbólico é uma teoria fundamentada nas interações dos indivíduos inseridos em uma estrutura social (ARAÚJO; OLIVEIRA; FERNANDES, 2005). Assim, está alicerçada nas premissas: o ser humano age em relação às coisas, fundamentado nos sentidos que elas têm para ele; o sentido das coisas é proveniente da interação social que o ser humano estabelece com os outros; esse sentido é manipulado e alterado por meio da interpretação, utilizada pela pessoa ao lidar com as coisas e as situações que encontra. Assim, para que os indivíduos sejam idôneos e desempenhem seu papel na sociedade, é necessário que apresentem um bom estado de saúde (KING, 1981).

O modelo conceitual de King enfatiza: as pessoas, o ambiente, a enfermagem e a interação enfermeiro-paciente. Para King (1981) as pessoas são seres sociais, racionais, reativos, controláveis, voltadas a propósitos e orientadas por ações e pelo tempo, quanto aos seus comportamentos. O ambiente é o pano de fundo para as interações humanas, sendo tanto interno quanto externo ao indivíduo. A enfermagem compreende o cuidado com os seres humanos, sendo um processo de ação, reação e interação pelo qual o enfermeiro e o paciente compartilham informações, metas, problemas e preocupações a respeito de suas percepções sobre a situação. A interação enfermeiro-paciente é influenciada pelas percepções de ambos; as metas, as necessidades e os valores de ambos intervêm na interação; os indivíduos têm o direito de saber sobre eles mesmos e de participar das decisões; os indivíduos têm o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado e as metas dos profissionais de saúde e dos receptores do cuidado à saúde podem não ser congruentes.

A Teoria do Alcance de Metas repousa sobre o modelo conceitual de Sistemas Abertos Interatuantes. Nesse modelo, são apresentados três sistemas interativos: o pessoal, o interpessoal e o social.

O sistema pessoal é compreendido pelo indivíduo em um ambiente. Este sistema engloba as definições dos conceitos de: percepção (representação da realidade de cada ser humano, a partir da sua interação com o ambiente); *self* ou ego (concepção que cada ser humano tem de si); imagem corporal (modo como o ser humano percebe o seu próprio corpo e as reações dos outros à sua imagem); crescimento e desenvolvimento (processo por meio do qual o ser humano alcança a maturidade e a autorrealização); tempo (ordem e duração entre um acontecimento e outro) e espaço (área demarcada fisicamente e pelo comportamento dos que a ocupam).

O sistema interpessoal é formado pelo agrupamento de indivíduos, o que aumenta a complexidade das relações. Nesse sistema são conceitos fundamentais: a interação (ocorrida quando indivíduos agem e reagem entre si; envolvendo a percepção, a comunicação e a identificação de metas e meios para alcançá-las mutuamente); a comunicação (processo por meio do qual a informação é transmitida de uma pessoa a outra, envolvendo intercâmbios intra e interpessoais, com o fim de facilitar a cooperação e a interação); a transação (envolve comportamentos humanos dirigidos ao alcance de objetivos); o papel (conjunto de comportamentos esperados do indivíduo perante a sociedade) e o estresse (estado dinâmico no qual os indivíduos interagem com o ambiente no intuito de manter o equilíbrio, visando ao crescimento, ao desenvolvimento e ao desempenho).

O sistema social forma-se pela reunião de grupos com interesses e necessidades comuns, compondo organizações e sociedades. Seus conceitos relacionados são: a organização (forma pela qual as atividades são administradas para que as metas sejam alcançadas); autoridade (poder para a tomada de decisões); poder (processo de influência sobre os outros); *status* (posição social alcançada por um indivíduo em um grupo); tomada de decisão (julgamento do indivíduo diante de alternativas que afetam o curso no alcance dos objetivos) (MOREIRA; ARAÚJO, 2002).

A teoria de Imogene King enfatiza a interação enfermeiro-paciente com o ambiente, na qual o enfermeiro e o paciente são o sistema interpessoal e o ambiente e a sociedade são o sistema social (MOURA, PAGLIUCA, 2004).

Segundo esta teoria, a saúde é definida como um estado dinâmico no ciclo vital do indivíduo que implica em ajustamentos contínuos a estressores, no ambiente

interno e externo, por meio do uso de recursos próprios para alcançar o máximo potencial para o viver (SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007).

Deste modo, a meta da enfermagem é ajudar o indivíduo a manter sua saúde para que ele possa desempenhar bem seus papéis (KING, 1981).

Considerando o cuidado como foco da teoria, na meta da enfermagem em auxiliar os indivíduos a alcançarem seus objetivos e a interação enfermeiro- paciente como o mecanismo para o alcance dessa meta é abordado o processo de enfermagem de King.

O processo de enfermagem de King (1981) compreende:

- a) a interação inicial, quando ocorre o primeiro encontro entre o enfermeiro e o paciente, também chamada de etapa de investigação, uma vez que nesta o enfermeiro investiga a história do indivíduo e a sua percepção sobre a situação;
- b) o diagnóstico no qual, mediante as informações obtidas, é feita a detecção das necessidades de cuidado dos indivíduos, as quais devem ser confirmadas com os mesmos;
- c) o estabelecimento de objetivos comuns, com base nos diagnósticos detectados e em comum acordo das partes;
- d) a exploração e viabilização de meios para alcançar as metas;
- e) a evolução ou avaliação contínua do alcance de metas, ressaltando os fatores intervenientes nos sistemas, no intuito de desenvolver a capacidade do indivíduo de enfrentar problemas, desenvolvendo-se bem nos papéis cotidianos.

A Teoria do Alcance de Metas aborda o indivíduo holisticamente, não apenas no atendimento de necessidades durante a doença (MOURA; PAGLIUCA, 2004).

A estrutura conceitual de King proporciona uma forma atual e válida de compreender os seres humanos, haja vista as mudanças e a complexidade das interações e do desempenho de papéis na sociedade (RESENDE, 1998). Além disso, pode ser aplicada na prática profissional de enfermagem de qualquer cultura e sociedade humana, fornecendo uma estrutura na qual pode ser apoiado o pensamento crítico do enfermeiro (MOREIRA; ARAÚJO, 2002).

Assim, a Teoria do Alcance de Metas de King tem sido usada para melhorar o ensino em enfermagem, como guia organizacional para a prática de enfermagem,

como fundamentos para pesquisas e para o desenvolvimento de outras teorias de enfermagem (MC EWEN; WILLS, 2009)

Na literatura nacional, há diversos estudos que abordam a utilização desse modelo teórico em diferentes aspectos da assistência de enfermagem (JESUS, 1992; MOREIRA; ARAÚJO, 1999; MOREIRA; ARAÚJO; PAGLIUCA, 2001; SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007).

Para Leopardi (1999), o processo de enfermagem deve estar fundamentado em pressupostos conceituais que sustentem teoricamente sua formulação e seu propósito. Desse modo, para fins deste estudo, o processo de enfermagem é entendido como um método sistemático, científico e legal de conduzir a prática clínica de enfermagem (JESUS, 1992), fundamentado na estrutura conceitual de sistemas dinâmicos interatuantes de Imogene King (1981).

4. 4 CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E A CIPE®

Para prestar o cuidado adequado às diferentes situações de vida do ser humano, é preciso que o enfermeiro utilize uma metodologia de trabalho embasada cientificamente.

Para tal, o principal recurso de que os enfermeiros dispõem é o processo de enfermagem. Este é uma tecnologia do cuidar que orienta o raciocínio clínico e melhora a qualidade do cuidado prestado (SASSO et al. 2013). Sua implementação objetiva identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados, bem como subsidiar as intervenções para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da coletividade (TRUPPEL et al. 2009). Por permitir ao enfermeiro maior cientificidade das suas ações e resgatar os atributos e as competências próprias da profissão, o processo de enfermagem é fundamental para a sistematização das ações de enfermagem, em qualquer instância do cuidado à saúde (JESUS, 1992; ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Assim, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 159 de 1993 (COFEN, 1993), estabeleceu a consulta de enfermagem como atividade privativa e obrigatória do enfermeiro, em todas as instâncias de

atendimento à saúde. Ao realizar essa atividade, o enfermeiro deve comunicar seu julgamento clínico, suas decisões terapêuticas e o resultado esperado de suas ações. Regulamentando esses procedimentos, a Resolução COFEN nº 358 de 2009 (COFEN, 2009) torna obrigatório o uso do processo de enfermagem e prevê o seu desenvolvimento em cinco etapas, assim definidas:

I- Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença;

II - Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;

III - Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana, em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem;

IV - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem;

V - Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Para trabalhar o processo de enfermagem é necessária a utilização de um sistema de classificação (PIMPÃO et al. 2010; PRIMO et al., 2010).

Os sistemas de classificação da prática de enfermagem surgiram em meados de 1950, quando modelos conceituais de enfermagem começaram a ser desenvolvidos para identificar os conceitos próprios da profissão. Com o surgimento do processo de enfermagem, na década de 70, o desenvolvimento de conceitos e de sistemas de classificação foi favorecido (NÓBREGA et al. 2003).

A utilização dos sistemas de classificação permite que haja uniformidade de significado dos termos e o seu uso científico. O uso de uma linguagem única e padronizada favorece o processo de comunicação, ao tornar possível que os termos utilizados pelos diferentes profissionais transmitam a todos o mesmo significado (NÓBREGA; GARCIA, 2005). Além disso, a adoção de sistemas de classificação em enfermagem facilita o julgamento clínico do enfermeiro sobre os cuidados a serem

prestados, contribui para a construção e a utilização de um corpo próprio de conhecimento, favorece a compilação de dados, o desenvolvimento de estudos relacionados à qualidade do cuidado prestado e o processo de ensino-aprendizagem (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010; TRUPPEL et al. 2009;).

A falta de uma terminologia própria prejudica o desenvolvimento da Enfermagem como ciência, uma vez que esta começa a existir quando seus conceitos são aceitos e a denominação dos seus fenômenos começa a ser realizada (BITTENCOURT et al. 2005).

Ao final da década de 80, a Enfermagem já recomendava a utilização de diferentes sistemas de classificação durante a implementação das etapas do processo de enfermagem, tais como: a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*), o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha, o Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos, entre outros (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004; NÓBREGA; GARCIA, 2005b; TRUPPEL et al. 2009).

No entanto, apesar dos avanços alcançados, essas classificações foram desenvolvidas em nível regional e apresentavam importantes diferenças estruturais entre si (NÓBREGA; GARCIA, 2005). Dessa forma, sentia-se a necessidade de uma terminologia partilhada em âmbito mundial para expressar os elementos da prática de enfermagem: o que as enfermeiras fazem (ações/intervenções de enfermagem), frente a determinadas necessidades humanas (diagnósticos de enfermagem), para produzir os resultados esperados (resultados de enfermagem). A utilização dessa terminologia, tanto permitiria descrever a prática profissional da Enfermagem, quanto compará-la entre cenários clínicos, clientes, áreas geográficas e tempos distintos (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005).

Com a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) da criação de uma linguagem de enfermagem que pudesse complementar a Classificação Internacional das Doenças (CID), o CIE deu início, em 1989, à criação da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem – CIPE® (LINS; SANTO; FULY, 2011).

De acordo com os critérios do CIE, a CIPE® precisa ser ampla o suficiente para servir aos múltiplos propósitos de diferentes países; simples o suficiente para ser vista como um significativo recurso para a descrição e a estruturação da prática; consistente com a estrutura de conceitos definidos claramente; baseada em um núcleo central ao qual adições possam ser feitas; suscetível à variedade cultural; reflexo de um sistema de valor comum à enfermagem; utilizável de forma complementar ou integrada com a família de classificações da OMS (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2011).

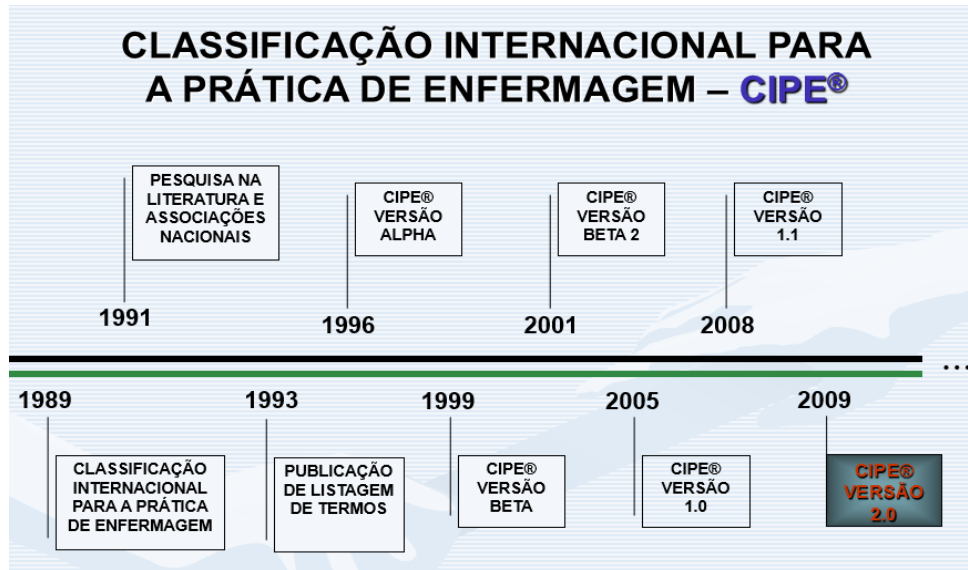
Inicialmente, foram estabelecidos como objetivos para a essa classificação: fornecer um instrumento para descrever e documentar a prática clínica de enfermagem; usar esse instrumento como base para a tomada de decisão clínica; prover a profissão com um vocabulário e um sistema de classificação possível de ser utilizado para a inserção de dados em sistemas de informação computadorizados (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005).

Sua construção foi pautada pelas diversas classificações já existentes e seu foco é a prática profissional (LINS; SANTO; FULY, 2011). Assim, a CIPE® constitui um sistema de linguagem que permite a composição de sentenças que facilita o desenvolvimento e o mapeamento cruzado de termos locais com terminologias já existentes. Deste modo, é uma terminologia combinatória na qual conceitos simples se unem para formar declarações complexas (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007).

Ao longo dos anos, a CIPE® apresentou alterações em sua estrutura, conteúdo e apresentação hierárquica dos termos.

A Figura 1 mostra o cronograma de desenvolvimento da CIPE® ao longo das décadas.

Figura 1 – Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem 1989-2009



Fonte: NÓBREGA; GARCIA, 2009.

Organizada em 1995, a CIPE® versão Alfa compreendia a classificação dos fenômenos de enfermagem, arranjados de forma hierárquica, e das intervenções, organizadas em eixos multiaxiais (MATTEI et al., 2011; CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2011).

As versões Beta e Beta 2 expandiram o uso da abordagem multiaxial ao propor dois modelos com oito eixos: um para os fenômenos de enfermagem e um para as ações de enfermagem. Assim, a versão Beta 2 permitia a combinação de conceitos dos distintos eixos, formulando maior detalhamento e solidez na classificação dos fenômenos e das ações de enfermagem. Porém, essa versão, com um total de 16 eixos em sua estrutura, tornava a elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem um processo longo e trabalhoso (NÓBREGA; GARCIA, 2005b).

A CIPE® versão 1.0, publicada em 2005, contém um simplificado modelo único de sete eixos. Nessa versão, o mesmo modelo multiaxial passou a ser utilizado para a elaboração dos diagnósticos e das ações de enfermagem. Os sete eixos da CIPE® versão 1.0 e suas definições são: foco (área de atenção relevante para a enfermagem); julgamento (opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem); meios (maneira ou método de desempenhar uma intervenção); ação (processo intencional aplicado a um cliente); tempo (momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência); localização (orientação

anatômica ou espacial de um diagnóstico ou uma intervenção); cliente (sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção) (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005).

Em 2008, a CIPE® versão 1.1 inovou com a inclusão de diagnósticos e intervenções pré-combinadas (MATTEI et al., 2011).

Atualmente, a CIPE® está na versão 2.0 e mantém sua estruturação em um modelo único organizado em sete eixos: foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2011).

Figura 2 – Modelo sete eixos da CIPE®



Fonte: NÓBREGA; GARCIA, 2009.

Por ser uma classificação multiaxial, oferece a possibilidade de combinação de conceitos dos seus distintos eixos, o que proporciona maior solidez e diversidade à classificação (NÓBREGA; GARCIA, 2005b). Além disso, há a possibilidade desta classificação ser utilizada na implementação de várias teorias de enfermagem (CAMIÁ; BARBIERI; MARIN, 2006).

Para a elaboração dos enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, seguiram-se as linhas de orientação CIPE®, do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), que são baseadas na norma da Organização Internacional de Normalização (ISO) 18104:2003. Para a composição dos enunciados dos diagnósticos e resultados de enfermagem, utilizando o modelo ISO

e o modelo de 7 eixos da CIPE® é obrigatória a utilização de um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento, podendo ser inclusos termos adicionais, conforme a necessidade. Já, para a composição dos enunciados das intervenções de enfermagem é necessário incluir um termo do eixo ação e, pelo menos, um termo alvo, que pode pertencer a qualquer eixo, excetuando-se o eixo julgamento. Termos adicionais também podem ser incluídos, de acordo com a necessidade (MARIN, 2009).

O CIE pretende que a CIPE® seja um instrumento de troca de informações, com potencial para identificar a contribuição da enfermagem, em diferentes localidades, nos cuidados de saúde, e influenciar a elaboração de políticas de saúde, ao redor do mundo (MATTEI et al. 2011). Assim, a CIPE® é uma terminologia dinâmica que se beneficia com a participação contínua dos enfermeiros, em âmbito mundial (NÓBREGA; GARCIA, 2009). O desenvolvimento permanente é uma característica intrínseca desse sistema de classificação, assim, quanto mais disseminada estiver a sua utilização, mais rapidamente adquirirá consistência. No entanto, constata-se a incipiência de pesquisas com o objetivo de avaliar a aplicabilidade da CIPE® (MATTEI et al. 2011).

Por ser uma classificação relativamente nova, quando comparada a outras classificações diagnósticas, como a NANDA, poucos profissionais de enfermagem a conhecem e sabem utilizá-la corretamente no país (PRIMO et al. 2010).

Na literatura nacional, há estudos de identificação de diagnósticos e/ou intervenções de enfermagem em que se utilizou a CIPE®, trazendo benefícios para a prática assistencial de enfermagem. Gerk e Barros (2005) realizaram uma pesquisa sobre as intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em ginecologia, de mulheres assistidas em consultas de enfermagem em dois centros regionais de saúde de Campo Grande-MS. Para tal, utilizaram a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para a determinação das intervenções (CIPE® versão 1.0).

Truppel e colaboradores (2009), com o objetivo de reestruturar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva, construíram um protocolo assistencial de diagnósticos de enfermagem baseado na CIPE® versão 1.0.

Estudo mais recente foi descrito por Silva, Nóbrega e Macedo (2012), no qual as autoras identificaram os diagnósticos e os resultados de enfermagem, segundo a CIPE® versão 2.0, para parturientes e puérperas acompanhadas na clínica obstétrica de um hospital escola, localizado na cidade de João Pessoa-PB.

O crescente número de publicações sobre aplicação do processo de enfermagem, total ou em partes, utilizando a CIPE®, aponta para um cenário promissor de seu uso como um instrumento de valorização da prática da Enfermagem.

Nesse estudo, os diagnósticos de enfermagem de ansiedade e de medo em estudantes universitários foram nomeados por meio da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® versão 2.0. Segundo esta, o medo é definido como uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia com causa conhecida ou desconhecida, acompanhados às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga. Já a ansiedade é definida como uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.

Conhecer as características definidoras de cada diagnóstico permite ao enfermeiro ter mais precisão no uso dos mesmos, favorecendo intervenções significativas na sua assistência (GOMES et al. 2012).

5 METODOLOGIA

É importante destacar que este estudo é continuação da pesquisa “Ansiedade e depressão em estudantes de uma universidade pública” realizada por Goyatá e colaboradores (2014). Esta pesquisa faz parte de uma investigação mais ampla, como resultado da proposta do Casadinho/PROCAD, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UNIFAL-MG em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRADIM et al. 2011). Dela participaram 242 universitários, sendo 138 alunos do 2º período dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia. Desses estudantes, 87 (63,3%) apresentaram ansiedade, segundo a aplicação do inventário de ansiedade de Beck, e constituíram os sujeitos do presente estudo(GOYATÁ et al. 2014).

O tipo de pesquisa, o local de realização, o período de investigação, a descrição dos participantes, os aspectos éticos e as etapas de execução serão apresentados a seguir.

5.1 TIPO DE PESQUISA

Nesta pesquisa, do tipo qualitativa, adotou-se a estratégia de estudo de uma série de casos (PEREIRA, 2008). Do ponto de vista conceitual “trata-se de observar um ou poucos indivíduos com uma mesma doença ou evento e, a partir da descrição dos respectivos casos, traçar um perfil das suas principais características” (PEREIRA, 2008, p. 270).

Os estudos de caso são investigações em profundidade de um indivíduo, família, grupo, instituição ou outra unidade social, cujo objetivo é analisar e compreender as variáveis importantes ao histórico ou cuidado prestado ao indivíduo ou aos seus problemas. Essa abordagem metodológica permite uma investigação aprofundada dos clientes, utilizando múltiplas fontes de informação, mediante

detalhada coleta de dados. O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seu delineamento claramente definido no desenvolver da pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para Yin (2001) a abordagem metodológica denominada “estudos” de caso é também utilizada como etapa na pesquisa de fenômenos pouco investigados. Trata-se de uma investigação em profundidade, descritiva e exploratória, abordando múltiplos aspectos das condições de saúde e doença dos indivíduos.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em uma universidade pública, localizada no município de Alfenas-MG.

O município de Alfenas foi fundado em 15 de outubro de 1869 e está situado no sul do Estado de Minas Gerais. Ocupa 850 Km² de área territorial, tem cerca de 73.000 habitantes, com densidade populacional de 86,75 hab/km² e IDHM de 0,761, segundo dados do último censo. Sua força de trabalho está distribuída nos setores agropecuário, industrial e de prestação de serviços. Tradicionalmente, é uma região agropastoril e grande produtora de café (IBGE, 2010).

O município também se destaca pela educação superior. No município estão instaladas duas universidades, sendo uma pública e outra privada.

A universidade pública, local de realização desta pesquisa, foi fundada em 3 de abril de 1914, federalizada em 1960 e só em 2005 elevada ao *status* de universidade.

Atualmente a universidade conta com 33 cursos de graduação, em 3 *campi* nas cidades de Alfenas, Poços de Caldas e Varginha, além da Universidade Aberta do Brasil (UAB).

O estudo foi realizado junto aos estudantes dos cursos da área da saúde do *campus* sede de Alfenas. Sendo eles: o de Farmácia, implantado no ano de sua fundação, o de Odontologia, implantado em 1915; o de Enfermagem, implantado em 1977; o de Nutrição, iniciado em 1999; e o de Fisioterapia, implantado em 2009.

Atualmente, o ingresso do estudante nessa instituição de ensino é

realizado por meio do Sistema de Seleção Unificada (SiSU), gerenciado pelo Ministério da Educação.

O curso de Farmácia oferece 50 vagas, com entrada semestral, com duração de 10 semestres, em turno integral; assim como o curso de Odontologia, que apenas difere na sua duração, que é de nove semestres. Já os cursos de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia oferecem 40, 45 e 50 vagas, respectivamente, com entrada anual e em turno integral. Os cursos de Enfermagem e Nutrição têm duração de nove semestres e, o curso de Fisioterapia, dez semestres (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS, 2014).

5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Adotou-se a seleção da amostragem por conveniência (PEREIRA, 2008). Assim, participaram deste estudo 41 alunos regularmente matriculados no 3º período, do 1º semestre letivo de 2014, dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia e Odontologia, que apresentaram ansiedade em um estudo anterior (GOYATÁ et al. 2014), como já mencionado.

Os critérios de exclusão foram: estudantes que estivessem em licença para tratamento de saúde; estudantes que, apesar de ainda constarem nas listas de registros acadêmicos, solicitaram transferência para outra instituição de ensino superior, evadiram ou solicitaram desligamento do curso de graduação, no período da coleta de dados; estudantes que não responderam aos contatos realizados para o agendamento da coleta de dados e aqueles que não compareceram na data e horário previamente agendados para a coleta de dados.

Os critérios de inclusão foram: estudantes do sexo masculino ou feminino, com idade igual ou superior a 18 anos; que estivessem realizando as suas atividades acadêmicas na cidade de Alfenas; que apresentaram, em um estudo anterior, ansiedade por meio da aplicação do inventário de Ansiedade de Beck (GOYATÁ et al. 2014) e que concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO

A coleta de dados ocorreu durante o mês de maio de 2014.

5.5 ETAPAS DA PESQUISA

Esta pesquisa desenvolveu-se em três etapas.

Na primeira etapa, realizaram-se a elaboração, a avaliação e o refinamento do instrumento de coleta de dados de identificação dos diagnósticos de ansiedade e de medo em estudantes universitários, que foi elaborado de acordo com a literatura (SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; STUART; LARAIA, 2002) e com base no modelo teórico de Imogene King (1981), considerando-se os sistemas pessoal, interpessoal e social (APÊNDICE C).

O instrumento de coleta de dados foi submetido à apreciação de três docentes, com titulação de doutor e experiência profissional há mais de cinco anos, que contribuíram para o refinamento do instrumento quanto à clareza das afirmações, facilidade de leitura, compreensão, conteúdo e forma, além da verificarem a necessidade de retirada, acréscimo ou alterações de itens (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os julgadores sugeriram adequações na aparência, estrutura e conteúdo. Essas foram acatadas, de acordo com a pertinência, colaborando com a construção final do instrumento.

Na segunda etapa, realizou-se a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, no Laboratório de Práticas da Escola de Enfermagem, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG.

A coleta de dados dos estudantes foi realizada por meio de anamnese (entrevista semiestruturada) e exame físico, realizada pela pesquisadora. Para a avaliação dos dados clínicos, obtidos pela medição da temperatura corporal, frequências cardíacas e respiratórias, foram utilizados os parâmetros descritos por Potter e Perry (2013). A medida da pressão arterial foi avaliada de acordo com as VI

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) e a classificação do estado nutricional foi realizada por meio dos parâmetros de classificação propostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Antes da coleta de dados, os alunos foram informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados e os preceitos éticos que norteiam uma investigação científica, assegurando-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a sua participação em qualquer momento do estudo.

Na última etapa, foi realizada a identificação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Para tal, os instrumentos de coleta de dados preenchidos pela pesquisadora foram analisados pela orientadora para a identificação de lacunas e/ou dados divergentes, na confirmação os diagnósticos de ansiedade e de medo, sendo estes nomeados de acordo com a Classificação Internacional para as Práticas em Enfermagem - CIPE® versão 2.0, assim como as intervenções e os resultados de enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2011). Buscou-se também atender ao modelo de referência terminológica proposto pela ISO 18104:2003 (MARIN, 2009; MATA et al. 2012).

5.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os resultados dos dados quantitativos foram apresentados em tabelas, sendo analisados por meio de percentual das respostas encontradas.

Os dados foram armazenados em banco de dados criado por meio do software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) for Windows versão 17.0.

Para as variáveis numéricas foram determinados o escore bruto, a média e o desvio-padrão (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para cumprir as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que vigorava no momento da submissão e da aprovação do projeto de pesquisa, foram obedecidos os seguintes princípios:

- a) solicitação de autorização prévia da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade Federal de Alfenas e da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas quanto à realização da pesquisa e futura demanda dos estudantes aos serviços de atenção psicossocial à saúde;
- b) esclarecimentos aos juízes participantes do processo de refinamento do questionário quanto à natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos, além da consulta quanto à concordância em participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A);
- c) submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, tendo sido aprovado sob o parecer nº271.296/2013 (ANEXO A).

Antes da coleta de dados, os participantes foram informados, em uma linguagem clara, dos objetivos do estudo e dos preceitos éticos que norteiam uma investigação científica (autonomia, riscos, benefícios e relevância social da pesquisa), assegurando-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a sua participação em qualquer momento do estudo e aos participantes da pesquisa também foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a caracterização socioeconômica dos estudantes em relação ao sexo, à faixa etária, à crença religiosa, à escolaridade da mãe, à situação de moradia e ao curso.

Tabela 1 – Distribuição dos estudantes universitários, segundo as variáveis sexo, faixa etária, crença religiosa, escolaridade da mãe, mora com e curso. Alfenas-MG, 2014. ($n=41$)

Variáveis	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	6	14,6
Feminino	35	85,4
Faixa etária		
18 a 20 anos	26	63,4
21 a 23 anos	11	26,8
24 a 26 anos	0	0
27 a 29 anos	4	9,8
Crença religiosa		
Católica	28	68,3
Evangélica	4	9,8
Espírita	5	12,2
Budista	1	2,4
Não tem	3	7,3
Escolaridade da Mãe		
Sem alfabetização	1	2,4
Ensino fundamental incompleto	5	12,2
Ensino fundamental completo	4	9,8
Ensino médio incompleto	1	2,4
Ensino médio completo	11	26,8
Ensino superior incompleto	1	2,4
Ensino superior completo	18	43,9
Mora com		
Pais	9	21,9
Outros familiares	2	4,9
República	25	61
Pensionato	1	2,4
Sozinho	4	9,8
Curso		
Farmácia	11	26,8
Nutrição	9	21,9
Enfermagem	7	17,1
Fisioterapia	7	17,1
Odontologia	7	17,1

Fonte: Do autor.

Neste estudo prevaleceram estudantes do sexo feminino (85,4%), na faixa etária de 18 a 20 anos (63,4%), de crença religiosa católica (68,3%), filhos de mãe

com curso superior (43,9%), que moram em repúblicas (61,0%) e graduandos do curso de Farmácia (26,8%). A média de idade encontrada foi de 20,7 anos, $DP \pm 2,5$.

Estudantes do sexo feminino são descritos na literatura como de maior vulnerabilidade para apresentar transtornos mentais na população universitária (ANTUNÉZ; VINET, 2013, SOLAR et al. 2007). Destaca-se o predomínio de estudantes de graduação do sexo feminino em instituições federais de ensino superior no Brasil, bem como na Universidade onde esta pesquisa foi realizada (ANDIFES, 2011).

Muitos universitários encontram-se na adolescência tardia, etapa em que tendem a emergir os problemas de saúde mental (OLIVEIRA, 2008). Em investigação realizada entre os grupos de idades dos pré-adolescentes (10 aos 13 anos), dos adolescentes (14 aos 17 anos) e dos pós-adolescentes (18 aos 22 anos), os jovens adultos revelaram mais sintomas de ansiedade (BORGES et al. 2008), o que corrobora com os resultados encontrados neste estudo.

Características familiares estão associadas no processo de transição da adolescência para a vida adulta. A presença de alto nível educacional dos pais contribui para protelar esse processo. Por outro lado, adolescentes que foram criados em baixas condições socioeconômicas passam por esse processo mais cedo (NURMI, 2004). Nesta pesquisa, 43,9% das mães dos estudantes apresentaram nível superior completo de escolaridade. Em estudo realizado pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior - ANDIFES, encontrou-se 33% de mães com esse nível de escolaridade (ANDIFES, 2011).

Os tipos de moradia do estudante universitário (com a família, com parentes, sozinho, em república e em pensionato) indicam que morar com a família favorece o bem-estar psicológico do aluno, enquanto que morar em república ou pensionato constitui fator de risco à saúde mental (CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005).

No entanto, a criação de associações das repúblicas pelos estudantes das universidades visando a ajudar os recém-chegados com a integração, é uma experiência positiva, onde os ingressantes passam algumas semanas em uma república até terem conhecido a cidade e encontrado sua própria residência. Esse tipo de apoio serve para socializar os alunos mais antigos com os novos. Quando não é possível a ajuda próxima da família, o apoio dos colegas da universidade

oportuniza ao adolescente, que poderia se sentir excluído e ter sua vida acadêmica comprometida, sentir-se integrado e seguro (MACHADO, 2010).

Para Machado (2010) deixar a casa dos pais e começar uma vida longe da família parece ser um processo natural na vida da maioria das pessoas, no entanto, muitos são obrigados a antecipar essa saída devido aos estudos. Para muitos, a mudança de cidade é a única maneira viável de ingressar no ensino superior, o que é revelado pelos resultados obtidos que mostram que 78,1% dos estudantes são procedentes de outras cidades do interior e de estados como Minas Gerais, Bahia e São Paulo

Segundo dados do SiSU do Ministério da Educação, a taxa de mobilidade gira em torno de 25%, ou seja, este percentual representa a opção de estudantes universitários por estudar longe da cidade de origem (MACHADO, 2010).

A Tabela 2 apresenta as características dos hábitos de vida dos estudantes, tais como prática de atividade física e de atividade de lazer, tabagismo, ingestão de bebida alcoólica, automedicação e sono noturno.

Tabela 2 – Distribuição dos estudantes universitários, segundo as características dos hábitos de vida. Alfenas-MG, 2014. (n=41)

Variáveis	n	%
Prática de atividade física		
Sim	06	14,6
Não	35	85,4
Realização de atividade de lazer		
Sim	29	70,7
Não	12	29,3
Tabagismo		
Sim	01	2,4
Não	40	97,6
Ingestão de bebida alcoólica		
Nunca	12	29,3
Raramente	18	43,9
Mensalmente	06	14,6
Semanalmente	05	12,2
Diariamente	00	0,0
Automedicação		
Sim	27	65,9
Não	14	34,1
Sono noturno		
≤ 2 horas	01	2,4
2 a 5 horas	03	7,3
6 e mais	37	90,3

Fonte: Do autor.

Destaca-se o alto percentual de estudantes que não praticam atividade física (85,4%). A inatividade física é considerada conduta negativa e comportamento de risco à saúde e está relacionada aos sintomas de ansiedade (SOUSA; JOSÉ; BARBOSA, 2013).

A literatura mostra que o lazer encontra-se num lugar de destaque na vida das pessoas, com a função de descanso e diversão. Ele é fundamental para as pessoas desenvolverem suas potencialidades como seres humanos e permite alcançar outros níveis de raciocínio e de desenvolvimento social (MAIA et al. 2011; MARCELLINO, 1995).

Estudos realizados com estudantes do ensino superior revelaram que esse grupo apresenta frequentemente comportamentos de risco à saúde durante o período acadêmico, entre eles, o uso de bebidas alcoólicas e o hábito de fumar (BRASIL, 2010; COLARES; FRANCA; GONZALES, 2009). No entanto, neste estudo, tanto o tabagismo como a ingestão de bebida alcóolica apresentaram-se pouco frequentes entre os estudantes.

A automedicação é uma prática bastante difundida no contexto brasileiro e consiste na utilização de medicamentos sem prescrição médica. Em pesquisa realizada, em 2004, com estudantes da Universidade Federal de Alfenas, dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia e Odontologia, 90,6% referiram a prática de automedicação (DAMASCENO et al. 2007). Nesse estudo, encontrou-se resultado diferente, no qual 65,9% dos estudantes afirmaram automedicar-se. É necessário que os estudantes utilizem os medicamentos para problemas autolimitados por meio de alternativas terapêuticas, seguras e eficazes, que estejam à venda sem obrigatoriedade da prescrição. Entretanto, há que se conscientizar os alunos da área de saúde para a redução dessa prática devido aos riscos e complicações que ela implica (WHO, 1998).

Em relação ao sono, os universitários estão mais expostos a situações de estresse que afetam a sua qualidade e causam ansiedade, mesmo que em grau leve. Portanto, as queixas de sono desses estudantes merecem atenção para que seja possível a prevenção e o diagnóstico precoce de transtornos psicológicos (COELHO et al. 2010).

A Tabela 3 apresenta a caracterização da percepção dos estudantes quanto à vida acadêmica: certeza na escolha do curso, satisfação com o curso, maior

preocupação quanto à vida acadêmica, sensação de sobrecarga de atividades acadêmicas, tempo dedicado aos estudos e pessoa com quem pode contar na academia.

Tabela 3 – Distribuição dos estudantes universitários, segundo as percepções quanto à vida acadêmica. Alfenas-MG, 2014. ($n=41$)

Variáveis	<i>n</i>	%
Certeza na escolha do curso		
Sim	25	61
Não	16	39
Satisfação com o curso		
Sim	33	80,5
Não	08	19,5
Maior preocupação quanto à vida acadêmica		
Relacionada ao desempenho acadêmico	27	65,8
Relacionada ao futuro profissional	10	24,4
Relacionada às questões financeiras	4	9,8
Sente sobrecarga de atividades		
Sim	30	73,2
Não	11	26,8
Tempo em horas diárias dedicadas ao estudo		
6 a 8 horas	7	17,1
9 a 11 horas	27	65,8
12 a 14 horas	7	17,1
Pessoa com quem pode contar na academia		
Amigo	35	85,4
Ninguém	4	9,8
Namorado	1	2,4
Psicóloga da universidade	1	2,4

Fonte: Do autor.

Chama a atenção o fato de nenhum estudante apontar o docente como pessoa de referência dentro da universidade, o que pode sinalizar o quão distante os professores podem estar de seus alunos, no cotidiano da vida acadêmica.

Lopes (2010) afirma que os amigos e os colegas na universidade tornam-se uma referência importante no desenvolvimento da identidade e da autonomia dos estudantes, além de um importante mecanismo de socialização fomentando a transmissão e compartilhamento de ideias, valores e normas. Esse fato pode ser evidenciado no estudo realizado por Jorge (1996) com estudantes de Enfermagem, realizado em Fortaleza-Ceará, que apresentaram como mecanismo para superação das dificuldades no contexto acadêmico a divisão das preocupações com os colegas do curso.

A maioria dos estudantes relata ter certeza da escolha do curso o que também foi evidenciado no estudo descrito por Lopes (2010), uma vez que essa

autora indica que quase 60% dos alunos fizeram o curso desejando-o, contra apenas 9% daqueles que o fizeram por falta de alternativa.

As exigências e tarefas acadêmicas, o ambiente competitivo da universidade, a possibilidade de reprovação; as expectativas quanto ao mercado de trabalho e a possibilidade de exercer a profissão logo após o término da graduação; as condições financeiras desfavoráveis e a necessidade de gerir seus recursos constituem preocupações dos estudantes universitários (CRUZ et al. 2010, FERREIRA et al. 2009; FIOROTTI et al. 2010; OSSE, COSTA, 2011).

Em relação ao tempo de estudo diário, a média encontrada foi de 10 horas, DP \pm 1,9. Ao ingressarem na faculdade, eles são submetidos a uma grande carga de estresse devido às longas horas de estudo e às cobranças pessoais e de professores. O excesso de tarefas acadêmicas é um importante fator para a ocorrência de ansiedade entre os universitários (BRANDTNER; BARDAGI, 2010).

A Tabela 4 mostra a caracterização dos estudantes quanto à história de saúde pregressa: história de transtorno mental na família, uso de medicação contínua, fez ou faz tratamento psiquiátrico, fez ou faz tratamento psicológico, procura por atendimento médico e afastamento das atividades acadêmicas por doença.

Tabela 4 – Distribuição dos estudantes universitários, segundo a história de saúde pregressa. Alfenas-MG, 2014. ($n=41$)

Variáveis	<i>n</i>	%
História de transtorno mental na família		
Sim	22	53,7
Não	19	46,3
Faz uso de medicação contínua		
Sim	19	46,3
Não	22	53,7
Fez ou faz tratamento psiquiátrico		
Sim	3	7,3
Não	38	92,7
Fez ou faz tratamento psicológico		
Sim	18	43,9
Não	23	56,1
Procurou atendimento médico por doença na vida acadêmica		
Sim	23	56,1
Não	18	43,9
Ficou afastado das atividades acadêmicas		
Sim	5	12,2
Não	36	87,8

Fonte: Do autor.

Na Universidade onde o estudo foi realizado tem-se observado nos últimos anos um aumento do número de estudantes que busca por atendimento médico e/ou afastamento para tratamentos de saúde, manifestados por sinais e sintomas de estados emocionais negativos, que podem impactar na vida acadêmica. Observa-se que 43,9% dos estudantes fizeram ou fazem tratamento psicológico, 46,3% fazem uso de medicação contínua e 56,1% procuraram por atendimento médico por doença. Esses resultados são preocupantes.

Em geral, as dificuldades emocionais dos estudantes surgem no final do primeiro ano ou no primeiro semestre do segundo. Essas dificuldades podem ser atribuídas ao ingresso de alunos com perturbações incipientes, ao esforço de adaptação ao novo modelo de vida e à mobilização de disposições mórbidas pré-existentes pela sobrecarga dos alunos (CIANFONE; FERNANDEZ, 1993; FORTES; ABDO, 1981).

Neste estudo, 53,7% dos entrevistados afirmaram a presença de história de transtorno mental na família (81,8% representados por depressão e/ou ansiedade). Segundo Stuart e Laraia (2002), estudos epidemiológicos mostram que os transtornos de ansiedade têm clara incidência familiar.

Em relação aos aspectos clínicos, 82,9% (n=34) dos estudantes apresentaram frequência respiratória normal e 17,1% (n=7) aumentada; 95,1% (n=39) apresentaram frequência cardíaca normal e 4,9% (n=2) aumentada, 12,2% (n=5) eram hipotensos, 75,6% (n=31) normotensos, 7,3% (n=3) limítrofes e 4,9% (n=2) apresentavam hipertensão estágio 1; 51,2% (n=21) apresentaram temperatura corporal normal e 48,8% (n=20) temperaturas mais baixas. Quanto ao estado nutricional, 7,3% (n=3) baixo peso, 68,3% (n=28) eutrófico, 22,0% (n=9) sobrepeso e 2,4% (n=1) obesidade.

A ansiedade e o medo podem ser expressos por diversas alterações fisiológicas que são moduladas primariamente pelo cérebro, por meio do sistema nervoso autônomo. Existem dois tipos de respostas autônomas: as parassimpáticas, que conservam as respostas do corpo, e as simpáticas, que ativam os processos vitais do corpo. Há predomínio das respostas simpáticas, que preparam o organismo para uma reação de luta ou de fuga. Deste modo, em razão da liberação da epinefrina, a respiração torna-se mais profunda, o coração bate mais rapidamente e

a pressão arterial sobe. Contudo, em alguns indivíduos, a reação parassimpática pode predominar e produzir efeitos opostos (STUART; LARIA, 2002).

Os indivíduos em estado de ansiedade ou de medo podem apresentar diferentes respostas fisiológicas, comportamentais, cognitivas e afetivas (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; STUART; LARIA, 2002). Nos transtornos de ansiedade, as queixas de nervosismo, tensão muscular, tremores, palpitações, sudorese, desconforto epigástrico e tonturas são comuns. As manifestações somáticas também são diversas e se apresentam principalmente como calafrios, boca seca, taquicardia, taquipneia, dispneia e sudorese (HOLANDA et al. 2013). O aumento do apetite foi relatado por alguns estudantes e pode se constituir como mecanismo de enfrentamento ao sintoma de ansiedade (STUART; LARIA, 2002).

Quanto aos sentimentos experimentados, indivíduos em estado de medo sentem temor e espanto, gerando um estado de alerta tenso e exaustivo, resultantes da exacerbação dos sentidos e de processos fisiológicos, provocada pela resposta autônoma simpática. Na ansiedade, a resposta parassimpática também se apresenta e o indivíduo ainda experimenta sentimentos de incerteza, inquietação, apreensão e angústia (ADAMS et al. 1997; DELUMEAU, 1996; MATTOS, 2010).

A Tabela 5 apresenta os sintomas de ansiedade e medo relatados pelos universitários.

Tabela 5 – Frequência dos sintomas relatados pelos estudantes universitários. Alfenas-MG, 2014. (n=29).

Sintomas	n	%
Tensão muscular	25	86,2
Diminuição da atenção	24	82,8
Diminuição da concentração	22	75,9
Irritação	21	72,4
Temor	19	65,5
Diminuição da produtividade	14	48,3
Hipervigilância	14	48,3
Apreensão	14	48,3
Confusão	12	41,4
Nervosismo	11	37,9
Palpitações	10	34,5
Aumento do apetite	10	34,5
Desconforto epigástrico	09	31,0
Boca seca	09	31,0
Tonturas	09	31,0
Angústia	08	27,6
Calafrios	07	24,1
Comportamento de ataque	06	20,7

Nota: *Houve mais de uma resposta por participante.

Fonte: Do autor.

A ansiedade e o medo quando exacerbados interferem nas construções cognitivas e nas relações interpessoais. Neste contexto, a ansiedade é um aspecto que tem sido estudado em sua relação com a cognição. Quando manifestada em altos níveis influencia negativamente o desempenho dos estudantes, ao prejudicar a percepção e a memória (BENJAMIN et al. 1981; MUELLER, 1978; 1979). Entre seus aspectos cognitivos afetados também estão a aprendizagem, a atenção e a concentração (MELEIRO, 2001). Consistindo em um comportamento não-integrativo, a ansiedade dificulta o desenvolvimento construtivo do indivíduo que, por estar em um estado defensivo, não se encontra aberto ao aprendizado (LOOS, 2004).

O Quadro 1 apresenta os diagnósticos de enfermagem, de acordo com os sete eixos da CIPE® (2011), para ansiedade e medo.

Quadro 1 – Diagnósticos de enfermagem de ansiedade e de medo, em estudantes universitários da área da saúde, de acordo com a CIPE®, Alfenas-MG, 2014.

Eixos/ Elementos	Foco	Julgamento	Cliente	Meio	Localização	Tempo	Ação
Diagnóstico de Enfermagem	Ansiedade	Branda, moderada e severa	Adolescente e adulto dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia	-	Universidade	-	-
Diagnóstico de Enfermagem	Medo	Atual	Adolescente e adulto dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia	-	Universidade	-	-

Fonte: Do autor.

Diagnóstico de ansiedade: ansiedade branda, moderada ou severa de adolescente e adulto dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia na universidade.

Diagnóstico de medo: medo atual de adolescente e adulto dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia na universidade.

O diagnóstico de ansiedade foi estabelecido para 70,7% (n=29) dos estudantes, sendo 31,0% (n=9) do curso de Farmácia, 20,8% (n=6) de Odontologia, 20,8% (n=6) de Nutrição, 13,4% (n=4) da Enfermagem e 13,4% (n=4) de Fisioterapia. Quanto à classificação da severidade, 44,9% (n=13) dos estudantes apresentaram sintoma de ansiedade branda, 48,2% (n=14) moderada e 6,9% (n=2) severa. Esse resultado era esperado uma vez que um dos critérios de inclusão na amostra de participantes foi a presença de ansiedade em um estudo anterior (GOYATÁ et al. 2014), que mostrou que 63,3% dos estudantes, do segundo período da área da saúde da UNIFAL-MG, apresentavam sintomas de ansiedade.

O diagnóstico de enfermagem de medo foi identificado em 65,9% (n=27) dos estudantes universitários. Dos sete acadêmicos de Odontologia, seis (85,7%) apresentaram esse diagnóstico. Entre os nove alunos da Nutrição, sete (77,8%) o apresentaram. Dos sete alunos de Fisioterapia, cinco (71,4%) apresentaram o diagnóstico de medo. Entre os sete de Enfermagem, quatro (57,1%) apresentaram e, dos onze graduandos de Farmácia, cinco (45,4%) apresentaram esse diagnóstico.

Os resultados obtidos em relação aos diagnósticos de enfermagem de ansiedade e de medo evidenciam o estado de vulnerabilidade psicológica desses alunos. Sabe-se que em razão das rupturas acadêmicas e sociais, da necessidade do estabelecimento de novas posturas e relações, da necessária adaptação às exigências do ensino superior, às mudanças no processo de ensino-aprendizagem e à carga horária exigida, os universitários, nos anos iniciais, estão mais suscetíveis às perturbações emocionais (BRANDTNER; BARDAGI, 2010; CLAUDINO; CORDEIRO, 2006). A Tabela 6 apresenta as causas de medo nomeadas pelos estudantes.

Tabela 6 – Distribuição percentual das causas de medo nomeadas pelos estudantes universitários. Alfenas-MG, 2014. (n=27)

Causa de medo	n	%
Atividades e avaliações acadêmicas	06	22,2
Morar/estar/ficar sozinho e solidão	05	18,6
Decepcionar os pais	04	14,8
Não conseguir concluir o curso	03	11,1
Perder/acontecer algo com familiares	03	11,1
Futuro	03	11,1
Não ter escolhido o curso certo	01	3,7
Violência	01	3,7
Dirigir automóvel	01	3,7

Fonte: Do autor.

As causas do sentimento de medo estão relacionadas às diferentes dimensões da vida humana, entre elas a cognitiva, a afetiva, a social e a física.

As tarefas acadêmicas, os acontecimentos negativos que possam ocorrer com os familiares e consigo mesmo e o processo de separação daquilo ou de alguém que era fisicamente próximo são exemplos de preocupações comumente apresentadas pelos graduandos. O medo também pode estar relacionado ao que se apresenta como incerto, desconhecido ou dificilmente controlável, que o futuro possa proporcionar em termos de situações inesperadas e indesejáveis (NURMI, 2004).

A vida acadêmica pode levar os estudantes universitários ao enfrentamento de tarefas diversas e muitas vezes complexas, entre elas a realização de processos avaliativos somativos, como provas presenciais (SOLAR et al. 2007).

O estudo de Lopes (2010) destaca o medo da reprovação acadêmica e revela que ele é representado, sobretudo, enquanto morte e solidão pelos estudantes.

Estudo realizado em Fortaleza, com estudantes universitários do curso de Enfermagem, mostra que entre as ações para enfrentamento das dificuldades da vida acadêmica está o isolamento (JORGE, 1996).

Há também o temor relacionado à possibilidade de decepcionar os pais. É fundamental que estes percebam que essa nova etapa de vida, de ingresso no ensino superior, requer atenção nos fracassos e êxitos, sem autoritarismo (LOPES, 2010).

O Quadro 2 apresenta as intervenções e os resultados de enfermagem, de acordo com os sete eixos da CIPE® (2011), para a ansiedade e o medo.

Quadro 2 – Intervenções e resultados de enfermagem de ansiedade e de medo, em estudantes universitários da área da saúde, de acordo com a CIPE®, Alfenas-MG, 2014.

continua							
Eixos/ elementos	Ação	Cliente	Foco	Julgamento	Localização	Meios	Tempo
Intervenções de enfermagem	Empoderar	Adolescente e adulto	Papel do estudante		Universidade	Serviço de Enfermagem	ano
	Implementar		Papel do enfermeiro/ psicólogo*****		Universidade	Terapia de apoio de grupo	futuro
	Apoiar		Papel do organismo		Universidade	PRACE*	contínuo
	Cuidar		Papel do enfermeiro, médico, psicólogo		Instituição de saúde	Serviço médico, Serviço de Enfermagem, Serviço de Psicologia*****	contínuo
	Cuidar		Papel do organismo		Universidade	CIAS**	contínuo
	Diminuir		Ansiedade e medo		Universidade	Serviço de Enfermagem	futuro
	Promover		Habilidade para desempenhar Autocuidado		Universidade	Serviço de Enfermagem	ano
	Prevenir		Ansiedade e medo	Risco	Universidade	CEVISE***	futuro
	Prevenir		Uso de álcool e drogas		Universidade	Serviço de Promoção à Saúde CREFAL****	contínuo
	Reduzir		Ambiente ansiogênico		Universidade	Escolas	futuro
	Planejar		Papel de processo		Universidade	CEVISE***	ano
	Vigilância		Papel de prevenção		Universidade	CEVISE***	contínuo
	Documentar		Incidência de doenças		Universidade	CEVISE***	contínuo
	Avaliar		Incidência de doenças		Universidade	CEVISE***	contínuo
	Promover		Bem-estar físico, psicológico, social e espiritual		Universidade	Serviço de Promoção à Saúde	contínuo
	Regulamentar		Papel do organismo		Universidade	PRACE* CEVISE*** CREFAL**** Escolas	ano

							conclusão
Eixos/ elementos	Ação	Cliente	Foco	Julgamento	Localização	Meios	Tempo
	Documentar		Papel do organismo		Universidade	PRACE* CEVISE***	contínuo
	Promover		Comunicação efetiva		Universidade	PRACE*	contínuo
Intervenções de enfermagem	Gerir		Medicamento		Instituição de Saúde	Equipe de saúde	contínuo
	Ensinar		Papel do fisioterapeuta/enfermeiro		Universidade	Técnica de relaxamento	ano
	Implementar		Papel do enfermeiro		Universidade	Terapia por música	futuro
	Avaliar		Desempenho escolar		Universidade	Coordenação e Corpo docente dos cursos*****	contínuo
	Observar comportamento		Ansiedade e medo	Risco	Universidade	Coordenação e Corpo docente dos cursos*****	contínuo
	Examinar		Ansiedade e medo		Universidade	Questionário	ano
	Registrar		Ansiedade e medo		Universidade	Plano de cuidado	ano
	Desenvolvimento recreativo		Papel de lazer		Universidade	Serviço de Promoção à Saúde	futuro
	Desenvolver		Segurança		Comunidade	Serviço de Segurança Pública*****	futuro
	Contatar	Família	Papel de apoio familiar		Universidade	PRACE*	contínuo
Prevenir	Família	Papel do pai/papel da mãe	Risco	Lar	PRACE/Serviço de Promoção à Saúde	contínuo	
Resultados de enfermagem		Adolescente e adulto	Ansiedade	Melhorada	Universidade		futuro
			Medo	Melhorado	Universidade		futuro

Notas: * Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis

**Centro Integrado de Assistência ao Servidor

***Proposta de implantação na universidade “Centro de Vigilância e Prevenção da Saúde Estudantil” – CEVISE

****Centro Regional de Referência da UNIFAL-MG (Álcool, Crack e outras drogas)

*****Não consta na CIPE®

Fonte: Do autor.

As intervenções de enfermagem elaboradas envolvem os diferentes sistemas propostos por King (1981), tais como pessoal (empoderar o estudante, promover habilidade para desenvolver o autocuidado, prevenir o uso de álcool e drogas), interpessoal (implementar terapia de apoio de grupo, cuidar profissionalmente – médico, enfermeiro e psicólogo, diminuir e prevenir ansiedade e o medo, promover o bem-estar, promover comunicação efetiva, gerir a medicação, ensinar de técnica de relaxamento, implementar terapia por música, avaliar o desempenho escolar, observar o comportamento, examinar e registrar a ansiedade e o medo) e social (apoiar o papel do organismo, cuidar institucionalmente, reduzir o ambiente ansiogênico na universidade, planejar a atuação do CEVISE, realizar vigilância para prevenção, documentar e avaliar a incidência de doenças, regulamentar os papéis da PRACE, CEVISE, CREFAL e Escolas no enfrentamento da problemática, documentar as ações desenvolvidas, desenvolvimento recreativo na universidade e desenvolver segurança na comunidade, contatar a família para apoio e prevenir fatores de risco no ambiente familiar).

Essas intervenções ao integrarem os sistemas pessoal, interpessoal e social permitem a participação do estudante, de sua família e da universidade no cuidado.

Bernardo (2010) e Ferreira e colaboradores (2009) afirmam que o ambiente acadêmico vem sendo considerado como um importante fator desencadeador de ansiedade entre os estudantes. Situações específicas como avaliação somativa, prazo de entrega de trabalho, relacionamento professor/aluno e morar longe de casa podem ser geradoras de ansiedade.

Machado (2010) lembra as palavras do psiquiatra Monezi e diz que quando surgem as crises de choro e “aperto no peito” é necessário buscar a ajuda de um especialista e deixar pessoas próximas informadas da situação, o que exige o contato com as famílias dos estudantes. Prática de esporte, frequência a grupos de estudo e discussão e a religião são ótimas atividades para ocupar a mente. O que também pode trazer alívio é a visita de familiares e amigos, respeitando-se o tempo para adaptação. Objetos como travesseiros, cobertores e fotografias ativam a memória olfativa e visual. Ambos os casos servem para manter o vínculo de proximidade com o lar e são considerados símbolos inconscientes que trazem conforto.

O serviço de orientação profissional, conduzido por profissional qualificado, pode ser um importante mecanismo de redução da ansiedade e medo dos estudantes universitários em relação ao mercado de trabalho e o futuro profissional. Em algumas universidades, esse serviço é oferecido pelo Serviço de Apoio ao Estudante.

Para Solar e colaboradores (2007), é um grande desafio para as universidades adequar as exigências acadêmicas ao processo de formação de graduandos. Uma das formas é fortalecer os recursos pessoais dos alunos para enfrentar de maneira apropriada os fatores estressores e ansiogênicos do ambiente universitário, incluindo o apoio individualizado. É importante destacar que um dos objetivos dos jovens é encontrar o seu lugar na sociedade e alcançar um sentimento de pertença a um determinado lugar, que pode ser a universidade (LOPES, 2010).

Nesse contexto, a principal ação de enfermagem para o enfrentamento dos sintomas de ansiedade e medo de estudantes na universidade é a promoção do empoderamento. O sentido de empoderamento aqui empregado se “refere ao processo de mobilizações e práticas que objetivam promover e impulsionar grupos e comunidades na melhoria de suas condições de vida, aumentando sua autonomia” (KLEBA; WENDHAUSEN, 2009, p. 735). Nesse sentido, o empoderamento não pode ser fornecido, nem tampouco transmitido para pessoas ou grupos, mas se realiza em processos em que esses se empoderam a si mesmos.

Profissionais de saúde e docentes das instituições de ensino superior podem exercer o papel catalisador de ações ou auxiliar na organização de espaços que favoreçam e sustentem processos de empoderamento, os quais refletem situações de ruptura e de mudança do curso de vida. Por meio desse processo, “pessoas renunciam ao estado de tutela, de dependência, de impotência, e transformam-se em sujeitos ativos, que lutam para si, com e para os outros por mais autonomia e autodeterminação, tomando a direção da vida nas próprias mãos” (KLEBA; WENDHAUSEN, 2009, p. 735).

As intervenções de enfermagem podem ser estabelecidas também no âmbito político-institucional, onde há necessidade de se planejar e organizar, de forma interdisciplinar e integrada, a atenção à saúde estudantil, com ações de prevenção, promoção à saúde e cuidados aos sintomas de ansiedade e medo dos estudantes universitários (PRACE, CIAS, CREFAL). Além disso, podem-se criar novos espaços

de acompanhamento e monitoramento da saúde e estados mórbidos dos alunos - como, por exemplo, o Centro de Vigilância e prevenção da Saúde Estudantil (CEVISE) - que podem subsidiar a tomada de decisão para o desenvolvimento de futuras ações. Com isso, reduzir os fatores de risco e os agravos à saúde dos estudantes universitários, em particular aqueles relacionados à saúde mental. É necessário o envolvimento e o apoio da família do estudante, especialmente daqueles que apresentam maiores riscos e que poderão desenvolver significativos prejuízos de sua saúde mental.

Em relação à utilização da CIPE®, constata-se que a estrutura multiaxial dessa classificação favorece o raciocínio clínico do enfermeiro permitindo maior autonomia na elaboração do plano de cuidados. Além disso, amplia a possibilidade de construção de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, favorecendo o registro e a documentação de cuidados diversos. Considera-se um método prático para a construção de afirmativas de diagnósticos, intervenções e resultados, facilitando a realização do processo de enfermagem na prática clínica, em diferentes contextos do cuidado (BARRA; SASSO, 2012; MATA et al. 2012, PRIMO et al. 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção do modelo teórico de Imogene King permitiu a elaboração de um instrumento de coleta de dados capaz de identificar as necessidades específicas e os dados relevantes para o cuidado dos estudantes. O uso desse referencial teórico também favoreceu o estabelecimento de intervenções de enfermagem voltadas ao atendimento de necessidades pessoais, interpessoais e sociais dos alunos, alcançando a abordagem holística do cuidado.

Neste estudo foram identificados os percentuais de 70,7% de diagnóstico de enfermagem de ansiedade e 65,9% de medo, em estudantes universitários. Esses resultados mostram como são preocupantes as situações de vulnerabilidade dos alunos diante dos diversos fatores desencadeadores de ansiedade e de medo, que o ingresso no ensino superior proporciona ou que são potencializados pelas experiências vivenciadas no contexto acadêmico. Tais situações de vulnerabilidade requerem intervenções nos âmbitos educacional, familiar, comunitário e de instituições de saúde. Diante disso, foram estabelecidas 29 intervenções e um resultado de enfermagem para a ansiedade e outro para o medo.

As intervenções de enfermagem estabelecidas representam propostas de ações direcionadas à vigilância, à prevenção e ao cuidado dos estudantes frente as suas respostas aos sintomas de ansiedade e de medo. Mais que isso, são propostas de condução da vida acadêmica saudável no contexto da universidade, que pressupõe a atuação interdisciplinar.

Cabe ao docente juntamente com os serviços de atenção ao estudante um importante papel de desenvolver mecanismos de superação das dificuldades enfrentadas por ele. Há uma variedade de programas e políticas que podem ser implantados nas universidades para a redução dos fatores de risco, o fortalecimento dos fatores de proteção e a diminuição dos transtornos mentais. Entre eles, estão a revisão de projetos políticos pedagógicos, dinâmicas curriculares, estratégias educacionais, sistemas de avaliações e, principalmente, a promoção do acolhimento e do empoderamento dos alunos. Como também possibilitar um espaço, onde o aluno se sinta acolhido nas suas angustias, medos e ansiedades, de forma que se

sinta livre de pressões, podendo se expressar de forma autêntica e seja compreendido com base nas atitudes empáticas e de aceitação.

A universidade precisa repensar o seu papel educacional e social na formação de futuros profissionais, em particular os da área da saúde, atentando para a ocorrência de transtornos mentais, evitando desfechos indesejáveis como a adoção de hábitos nocivos à saúde e até mesmo o suicídio.

Entre as dificuldades encontradas na realização desta pesquisa, destacamos: as definições curtas e pouco explicativas de termos pertencentes aos eixos da CIPE®; a diferenciação entre os diagnósticos de enfermagem de ansiedade e de medo, especialmente quando se apresentaram concomitantes; a determinação do nível de ansiedade apresentada pelos alunos, haja vista a não utilização de uma escala de medida e a utilização pelos estudantes de mecanismos de defesa, como a negação, o retraimento, a superficialidade e as tentativas de controlar a entrevista.

Como limitações deste trabalho, destacam-se o número de sujeitos e a representatividade dos cursos, motivadas pelas frequentes recusas em participar do estudo e desligamentos de alunos dos seus cursos.

Sugere-se a realização de novos estudos com a participação de um número maior de alunos e com maior representatividade de cursos da área da saúde. Igualmente, sugere-se a realização de estudos longitudinais que acompanhem os estudantes durante a graduação.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, G. Adolescent development. In: GULLOTTA, T.; ADAMS, G. **Handbook of adolescent behavioral problems: evidence-based approaches to prevention and treatment**. New York: Springer Science & Business Media, 2005.
- ADAMS, P. et al. Anxiety/Fear. In: RANTZ, M.; LMONE, P. **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Twelfth Conference North American Nursing Diagnosis Association**. Pittsburgh (KS): Library of Congress, 1997.
- ADEWUYA, A. O. et al. Depression amongst Nigerian university students: prevalence and sociodemographic correlates. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, v. 41, p. 674-678, 2006.
- ADLAF, E. et al. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. **Journal of American College Health**, v. 50, n. 2, p. 67-72, 2001.
- AKGUN, S., CIARROCHI, J. Learned Resourcefulness Moderates the Relationship Between Academic Stress and Academic Performance. **Educational Psychology**, v. 23, p. 287-294, 2003.
- ALBUQUERQUE, M. A. Saúde Mental do universitário. **Neurobiologia**, Recife, (Suplemento), v. 36, p. 1-12, 1973.
- ALLEN, A. J.; LEONARD, H.; SWEDO, S.E. Current Knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **J Am Acad child Adlesc Psychiatry** , v. 34, p. 976-986, 1995.
- ANDRADE, A.G. et al. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo (1996). **Rev. ABP-APAL**, v. 19, n. 2, p. 53-59, 1997.
- ANDRADE, L.; GORESTEIN, R. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, p. 285-290, 1998.
- ANDREATINI, R; BOERNGEN, L. R.; ZORZETTO FILHO, D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 233-242, 2001.

ANTUNÉZ, A; VINET, E. V. Problemas de salud mental em estudantes de una universidad regional Chilena. **Rev. Med. Chile**, v. 141, p. 209-216, 2013.

ARAÚJO, J. M. A.; OLIVEIRA, M. V.; FERNANDES, A. F.C. Compreensão do modelo de King sobre o paradigma do interacionismo simbólico. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 58, n. 6, p. 715-718, nov./dez. 2005.

ARNETT, J.J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. **American Psychologist**, v. 55, p.469-480, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. ABEn. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher. Projeto Acolher. Brasília, DF: ABEn, 2001.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR. ANDIFES. **Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das universidades federais brasileiras**. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE). Brasília, DF, 2011.

BALLONE, G. J. **Depressão na Adolescência**. 2003. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adoelesc2.html>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

BAPTISTA, A.; CARVALHO, M.; LORY, F. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. **Psicologia**, v. 19, n. 1-2, p. 267-277, 2005.

BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. D. Processo de enfermagem conforme a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 440-447, abr./jun. 2012.

BARLOW, D. **Anxiety and its disorders**. New York: Guilford Press, 1988.

BAYERISH, R. **Risk is a construct**: perceptions and risk perception. Munique: Knesebeck, 1993.

BEAUTRAIS, A.L.; JOYCE, P. R. Psychiatric contacts among aged 13 through 24 years who made serious suicide attempts. **Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 37, n. 5, p. 504-510, 1998.

BECK, A. T. **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**. Nova Iorque: Penguin, 1979.

BECK, A. T.; EMERY, G. **Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective**. Nova Iorque: Basic Books, 1985.

BECKER, G. **Virtudes do medo: sinais de alerta que nos protegem da violência**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

BENJAMIN, M. et al. Test anxiety: deficits in information processing. **Journal of Educational Psychology**, v.73, p. 816-824, 1981.

BERGAMASCO, E. C. et al. Diagnósticos de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, apr. 2004.

BERNARDO, I. C. **Investigação do nível de ansiedade e sintomas de depressão entre alunos de graduação em Odontologia**. Piracicaba, 2010.

BIAGGIO, A. M. B. A ansiedade do dia-a-dia. In: LIPP, M.N. **O stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto, 1999.

BIANCHETTI, L. **Angústia no vestibular: indicações para pais e professores**. Passo Fundo: EDIUPUF, 1996.

BITTENCOURT, G.K.G.D. et al. Fenômenos identificados nos registros de enfermagem da clínica médica de um hospital de ensino. **Revista Nursing**, v.88, n. 8, p.432-435, 2005.

BORGES, A. et al. Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: diferenças relacionadas com a idade e gênero. **Análise Psicológica**, v.4, n. 26, p. 551-561, 2008.

BRAGA, C. G. et al. Identificação dos diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados: requisito básico para implementação de intervenções de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 6.SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM, 1., 2002, São Paulo. **Anais...**São Paulo: ABEn, p. 32, ago. 2002.

BRAGA, C. G.; DA SILVA, J. V. **Teorias da enfermagem**. São Paulo: Ítria, 2011.

BRANDTNER, M; BARDAGI, M. P. Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. **Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 81-91, 2010.

BRANSFORD, J. **Human cognition: learning, understanding and remembering**. Belmont, Clif: Wadsworth Pub. Co., 1979.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº.196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema-SISVAN**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HCFMUSP. Brasília, DF: SENAD; 2010.

CAMIÁ, G.E.K.; BARBIERI, M.; MARIN, H.F. Fenômenos de enfermagem identificados em consultas de planejamento familiar segundo a ICNP - Versão Beta 2. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 5, p. 674-681, 2006.

CARLINI-COTRIN, B. C.; GAZAL, C. C.; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes nas redes pública e privada na área metropolitana do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 636-645, 2000.

CARVALHO, E. C. Diagnóstico de enfermagem - experiências no ensino. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo: out. 1995.

CARVALHO, M.; OLIVEIRA, P. C.; ROBLES, T. **Ansiedade e transtorno do pânico**. 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-estudo/analisedocomportamento/pages/arquivos/ANSIEDADE_PANICO.pdf>. Acesso em: 16 maio 2014.

CASTILLO, A. R. G. L. et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.22 (supl.2), p. 20-23, 2000.

CAVESTRO, J. M.; ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, p. 264-267, 2006.

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**. 2004. Disponível em < <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000322336>>. Acesso em: 25 maio 2014.

CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.10, n. 3, p. 413-420, 2005.

CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Utilização do serviço de saúde mental em uma universidade pública. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 25, n. 2, 2005b.

CERCHIARI, E. A. N.; GARCIA, D. S.; FACCENDA, O. Estudo do perfil sociodemográfico e da prevalência de transtornos mentais menores em estudantes de turismo da UEMS/Unidade de Dourados. **Turismo em Análise**, v.20, n. 3, p. 563-577, dez. 2009

CHERMERS, M.M.; HU, L.; GARCIA, B.F. Academic self-efficacy and first year college student adjustment. **Journal of Educational Psychology**, v. 93, n. 1, p. 55-64, 2001.

CHOLOWSKI, K.; CHAN, L. K. S. Diagnostic reasoning among second year nursing students. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 17, p.1171-1781, 1992.

CIANCIARULLO, T. **Do desenvolvimento ao conhecimento na enfermagem: padrões de conhecimento e sua importância para o cuidado**. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p.15-28.

CIANFLONE, A.R.L.; FERNANDEZ, J.M. Algumas características do ensino e aprendizado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP: um estudo junto aos alunos de graduação. **Medicina Ribeirão Preto**, n. 26, p. 228-236.

CLAUDINO, J. ; CORDEIRO, R. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem. O caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre, **Millenium**, n. 32, p. 197-210, 2006.

COELHO, A. T. et al. Qualidade do sono, depressão e ansiedade em universitários dos últimos semestres de cursos da área da saúde. **Neurobiologia**, Recife, v. 73, n. 1, p. 35-39, jan./mar. 2010.

COLARES, V.; FRANCA, C.; GONZALEZ, E. Conduas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 521-528, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução nº 159, de 19 de abril de 1993**. Estabelece a consulta de enfermagem como atividade profissional do enfermeiro, obrigatória em todas as instâncias do atendimento à saúde da população. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/424>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução nº 358, de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação em ambientes, públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, out. 2009. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®) versão 1.0**. São Paulo: Algor, 2007.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®) versão 2.0**. Tradução Heimar de Fátima Marin. São Paulo: Algor, 2011.

CROSBY, F. S. Teaching nursing diagnoses to school nurses: a standardized measure of the cognitive effect. **The Journal of Continuing Education**, v.19, n. 5, p. 211-215, set./out. 1988.

CRUZ, C. M. V. M. et al. Ansiedade nos estudantes do ensino superior. Um Estudo com Estudantes do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu. **Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde**, n.38, jun. 2010. Disponível em:<<http://hdl.handle.net/10400.19/305>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 12, n.1, p. 186-194, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

DALRI, M. C. B. **Assistência de enfermagem a paciente portador de queimaduras utilizando um software**. 2000. 382 f. Tese (Doutorado Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

DAMASCENO, D. D. et al. Automedicação entre graduandos de enfermagem, farmácia e odontologia Universidade Federal de Alfenas. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 48-52, 2007.

DAVIDSON, J.; CONNOR, K.M. Social anxiety disorder: a treatable condition. **Drug Benefit Trends**; v. 11, p.1-4, 1999.

DELUMEAU, J. **História do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada**. Tradução de Maria Lucia Machado e Heloísa Jahn. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DE REZENDEI, C. H. A. et al. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 315-323, 2008.

DO PRADO, J. M.; KUREBAYASHI, L. F. S.; DA SILVA, M. J. P. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1200-1206, 2012.

DUSSELIER, L. et al. Personal, health, academic and environmental predictors of stress for residence hall students. **Journal of American College Health**, v. 54, n.1, p. 15-24, 2005.

EISENBERG, D. et al. Mental Health and Academic Success in College. **Journal of Economic Analysis & Policy**. University of Michigan, may, 2009.

EYSENCK, M. W. **Anxiety and cognition: a unified theory**. Hove, East Sussex, Reino Unido: Psychology Press, 1997.

FARIA, M. F. G. **Diagnósticos de enfermagem respiratórios em pacientes cardíacos cirúrgicos**. 2000. 170 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FERNANDES, J.M.; RODRIGUES, C.R.C. Estudo retrospectivo de uma população de estudantes de medicina atendidos no ambulatório de clínica psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 69-258, 1993.

FERREIRA, C.L. et al. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 973-981, maio-jun. 2009.

FIORI, M. R. **Estudo sobre o medo e a ansiedade no tratamento odontológico**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Odontopediatria) - Departamento de Estomatologia, UFSC, Florianópolis, 1999.

FIOROTTI, K. P. et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2010.

FISHER, S. The causes and control of anxiety. **Br J Hosp Med**, v. 44, n. 3, p. 195-197, 1990.

FONAPRACE. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. **Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior**. Relatório Final da Pesquisa. Brasília, 2004.

FONSECA, H. **Compreender os adolescentes**. Lisboa: Presença, 2002.

FORTES, J. R. A.; ABDO, C. H. N. Saúde mental do estudante. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 7, p. 369-372, 1981.

FORTES, J. R. A. Saúde mental do universitário. **Revista da Associação Médica**, São Paulo, v. 18, n. 11, p. 463-466, 1972.

FRANCA, C.; COLARES, V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n.3, p. 420-427, 2008.

GALDEANO, L. E. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca**. 2002. 180 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L.; CARVALHO E.C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Braz J Nurs**, v. 3, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/siteantigo/objn302garciaetal.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

GARRO, I. et al. Depressão em estudantes de enfermagem 2006. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p.162-167, 2006.

GENTIL, V.; LOTUFO-NETO F. **Pânico, fobias e obsessões: a experiência do projeto AMBAN**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

GERK, M. A. S.; BARROS, S. M. O. Intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em dois serviços públicos de assistência à saúde da mulher. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 260-268, set. 2005.

GOMES, E. T. et al. Uso dos diagnósticos de enfermagem ansiedade e medo nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital universitário. **R. pesq.:cuid. fundam. Online**, v. 4, n. 2, p. 2419-26, abr./jun, 2012. Disponível em:<<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3972015>>. Acesso em: 16 maio 2014.

GOYATÁ, S. L. T. et al. **Ansiedade e depressão em estudantes de uma universidade pública do sul de Minas Gerais, Brasil**. Relatório Final de Pós-Doutoramento. Ribeirão Preto: USP, Alfenas: UNIFAL, 2014.

GRADIM, C. V. C. et al. **Atenção à saúde do estudante universitário: uma proposta interdisciplinar de uma instituição pública do sul do estado de Minas Gerais**. Chamada Pública MCTI/CNPq/MEC/CAPES – Ação Transversal nº. 6/2011 – Casadinho/Procad. Alfenas, 2011.

GRAEFF, F. G. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000500002> Acesso em: 28 maio 2014.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 1995.

HOLANDA, V. N. et al. As bases biológicas do medo: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 1, n.3, set. 2013.

HOUSTON, K.; SHEPPERD, R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. **Journal of Affective Disorders**, v. 63, n. 1, p. 159-170, 2001.

HUSSONG, A. M.; CHASSIN, L. Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. **Development and Psychopathology**, v.16, p. 985-1006, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Cidades**. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310160&search=mi-nas-gerais|alfenas>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice - ICNP Version 1.0**.Geneva: ICN, 2005.

JATOBÁ, J. D'A. V. N.; BASTOS, O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 3, p.171-179, 2007.

JEKEL,J.F; ELMORE,J.G.; KATZ,D.L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JESUS, C. A. C. **Assistência de enfermagem a clientes hematológicos: uma visão sistêmica**. 1992. 279 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

JORGE, M.S.B. Situações vivenciadas pelos alunos de enfermagem, durante o curso, no contexto universitário, apontadas como norteadoras de crises. **Rev Esc Enferm USP**, v. 30, n. 1, p.138-148, abr. 1996.

JUÁREZ, G. M. R.; GOIS, C. F. L.; SAWADA, N. O. Anxiety and fear: a critical evaluation of articles in the health area. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings online**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200008&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 02 jun. 2014.

KING, I. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. New York: John Wiley & Sons, 1981.181 p.

KLATCHOIAN, D. A. **Psicologia Odontopediátrica**. São Paulo: Sarvier, 1993.

KLEBA, M. E.; WENDHAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.733-743, 2009.

KRAUSKOPF, D. Juventude na América latina e no Caribe: dimensões sociais, subjetividades e estratégia de vida. In: THOMPSON, A. A. **Associando-se à juventude para construir o futuro**. São Paulo: Petrópolis, 2005.

LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; CRUZ, A. P. M. **Medo e dor e a origem da ansiedade e do pânico**. In: LANDEIRA – FERNANDEZ, J.; SILVA, M. T. A. Intersecções entre neurociência e psicologia. Rio de Janeiro: MedBook, 2007. p. 217-239.

LARANJO, T. H. M.; SOARES, C. B. Moradia universitária: processo de socialização e consumo de drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p.1027-1034, 2006.

LA ROSA, J. Ansiedade, sexo, nível sócio-econômico e ordem de nascimento. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jun. 2014.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumento para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 228 p.

LENZ, B. K. Tobacco, depression, and lifestyle in the pivotal early college years. **Journal of American College Health**, v. 52, n. 5, p. 213-220, 2004.

LIMA, M.C.P.; DOMINGUES, M.S.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.6, p.1035-1041, 2006.

LINS, S. M. S. B.; SANTO, F. H. E.; FULY, P. S. C. Aplicabilidade Da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no Brasil. **Cuid Saude**, v.10, n. 2, p. 359-365, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i2.13191>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

LIPP, M. E. N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 28, p. 347-348, 2001.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LIPP, M. E. N. et al. Stress em escolares. **Revista Acta Científica: Ciências Humanas**, v. 1, n. 4, 51-56, 2003.

LIPP, M. E. N.; TANGANELLI, M. S. Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 15, p. 537-548, 2002.

LOPES, S. M. P. **Entre temores (des)conhecidos**: representações sociais do medo numa população de jovens estudantes universitários.2010.Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Departamento de Psicologia Social, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2010.

LORETO, G. Sobre problemas de higiene mental. **Neurobiologia**, v. 21, n. 3-4, p. 274-283, 1958.

LOSS, H. Ansiedade e aprendizagem: um estudo com díades resolvendo problemas algébricos. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p.563-573, 2004.

MACHADO, R. **Estudantes sofrem e aprendem longe de casa**. 2010. Disponível em: <<http://noticias.universia.com.br/destaque/noticia/2010/04/12/643691/estudantes-sofrem-e-aprendem-longo-casa.html>>Acesso em: 08 jun. 2014.

MAIA, D. A. C. et al. Acadêmicos de Medicina: Sua Relação com o Ócio e a Prática de Atividade Física como Combate à Ansiedade e ao Estresse. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 5, n. 1, p. 62-73, jan./jun. 2011.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e educação**. 3 ed. Campinas, SP: Papyrus, 1995.

MARIN, H. F. Terminologia de referência em enfermagem: a norma ISO 18104. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 22, n. 4, p. 445-448, 2009.

MARTIN, P. Animal models sensitive to antianxiety agents. **Acta Psychiatr Scand Suppl**, v. 98, n. 393, p. 74-80, 1998.

MATA L. R. F. et al. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1512-1518, 2012.

MATOS, M. **Factores de risco psicológico em jovens condutores de motorizada e a sua influência relativa na ocorrência dos acidentes**. 1991. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, 1991.

MATTEI, F. D. et al. Uma visão da produção científica internacional sobre a classificação internacional para a prática de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 823-831, dez. 2011.

MATTOS, D.A. **Medo, ansiedade e desconforto em viagens aéreas: fatores psicológicos e fisiológicos**. 2010. Dissertação (Mestrado Psicologia da Saúde) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Metodista de São Paulo, 2010.

MAY, R. **O significado da ansiedade**: as causas da integração e desintegração da personalidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

MC EWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. Tradução de Ana Maria Thorell. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576 p.

MINEKA, S.; OHMAN, A. Born to fear: non-associative vs associative factors in the etiology of phobias. **Behav Res Ther**; v. 40, n. 2, p.173-184, 2002.

MELEIRO, A. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

MELEIS, A. **Theoretical Nursing - development and progress**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985. 485 p.

MONTEIRO, S.; TAVARES, J. ; PEREIRA, A. Relação entre vinculação, sintomatologia psicopatológica e bem-estar em estudantes do primeiro ano do ensino superior. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 8, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 jun. 2014.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L.; PAGLIUCA, L. M. F. Alcance da Teoria de King junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 74-89, jan. 2001.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 97-103, 2002.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. Refletindo sobre o cuidar em enfermagem a partir do modelo conceitual e da teoria de alcance de metas de Imogene King. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 1999, Florianópolis. **Resumos...** Florianópolis: Aben, 1999.

MOTTA, P. R. Ansiedade e medo na empresa: percepção de risco das decisões gerenciais. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, v. 11, n. 2-3, p. 22-37, 2012.

MOURA, E. R. F.; PAGLIUCA, L.M.F. Teoria de King e sua interface com o programa saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.38, n. 3, p. 270-279, set. 2004.

MOWBRAY, C.T. , et al. Campus mental health services: recommendations for change. **Am J Orthopsychiatry**, v. 76, n. 2, p. 226-237, 2006.

MUELLER, J. H. The effects of individual differences in test anxiety and type of orienting task on levels of organization in free recall. **Journal of Research in Personality**, v. 12, p. 100-116, 1978.

MUELLER, J. H. Anxiety and encoding process in memory. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 3, p. 254-258, 1979.

NÓBREGA M.M.L.; GARCIA, T.R. Terminologias em enfermagem: desenvolvimento perspectivas de incorporação na prática profissional. In: ALBUQUERQUE L.M.; CUBAS M.R. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. 2005. Curitiba. **Anais...Curitiba-PR: ABEn**, 2005.

NÓBREGA M.M.L. GARCIA T.R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 2, p. 227-230, 2005b.

NÓBREGA, M. M. L; GARCIA T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 758-761, 2009.

NÓBREGA, M.M.L. et al. Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 5, n. 2, p. 33-44, 2003. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/mapa.pdf. Acesso em: 25 mar. 2014.

NIEMI, T. Problems among students seeking mental health care. **Journal of American College Health**, v.36, p. 353-354, 1988.

NURMI, J. **Socialization and self-development**: channeling, selection, adjustment and reflection. In: LERNER, R.; STEINBERG, L. Handbook of adolescence psychology.2.ed. New York: John Wileyand Sons, 2004.

OLIVEIRA, A. **Ilusões na idade das emoções – representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Informe sobre a saúde no mundo 2003**. Genebra, 2003.

OSSE, C. M. C.; COSTA, I.I. Saúde mental e qualidade de vida na moradia estudantil da Universidade de Brasília. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 28, n. 1, p.115-122, 2011.

PEREGRINO, A. Ansiedade Normal e Patológica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 129-134, mar. 1996.

PEREIRA, A. C. M. **Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior**: comparação com um estudo de radiologia. Escola Superior de Saúde, Dr. Lopes Dias. Castelo Branco, set. 2009. Disponível em: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/442/1/Depress%C3%A3o%20e%20Ansiedade%20nos%20alunos%20Radiologia_alterado%5B1%5D.pdf> Acesso em: 16 maio 2014.

PEREIRA, A. C. M. **Depressão e ansiedade nos alunos de primeiro e quarto ano de radiologia das Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra**. 2005. In: PEREIRA, A. C. M. *Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior: comparação com um estudo de radiologia*. Escola Superior de Saúde, Dr. Lopes Dias. Castelo Branco, set. 2009.

PEREIRA, A. S. **Este medo sem sentido... - a ansiedade na adolescência**. Porto: Ambar, 1997.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Reimp. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2008.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. Lisboa: D. Quixote, 1978.

PIMPÃO F.D. et al. Percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 3, p. 510-517, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Tradução de Mayza Ritomy. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1568 p.

PRIMO, C.C. et al. Uso da classificação internacional para as práticas de enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6, p. 803-810, 2010.

RESENDE, M. M. de C. **Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual da Teoria de King**. 1998. 116 f.

Dissertação (Mestrado Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RODRIGUES, D.G.; PELISOLI, C. Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. **Rev Psiq Clín**, v. 35, n. 5, p. 171-177, 2008.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. **Processo de enfermagem**: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. **The mental health of students in higher education**. London: Royal College of Psychiatricians, 2006.

SADALA, M. L. A. Estudo da ansiedade como variável no relacionamento aluno-paciente. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 2 , n. 2 , p. 21-35 , jul. 1994.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compendio de psiquiatria**. 9. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTAROSA, L. Computador, avaliação e ansiedade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.36, n. 3, p. 38-52,1984.

SANTOS, B. S. Da idéia de universidade a universidade de idéias. In: SANTOS, B. S. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 2006.

SASSO, G. T. M. D. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 241-249, 2013.

SHIELDS, N. Stress, active coping, and academic performance among persisting and nonpersisting college students. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, v. 6, p. 65-81, 2001.

SILVA, A. F.; NÓBREGA, M. M. L.; MACEDO, W. C. M. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 2, p. 267-276, 2012.

SILVA, R. A. et al. Bem estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1113-1118, 2007.

SOARES, A. B.; MARTINS, J. S. R. Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. **Paidéia**, v. 20, n. 45, p. 57-62, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010.

SOLAR, F. C. et al. Problemas de salud mental em estudantes de la Universidad de Concepción. **Ter Psicol**, v. 25, n. 2, p. 105-112, 2007.

SOUZA, E. M. F.; MARTINO, M. M. F.; LOPES, M. H. B. M. L. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 629-635, 2007.

SOUSA, T. F.; JOSÉ, H. P. M.; BARBOSA, A. R. Conduitas negativas à saúde em estudantes universitários brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, dec. 2013.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**.Barueri, São Paulo: Manole, 2008.

STUART, A. M. **Ansiedade e Depressão**. Climepsi editores, 1993.

STUART, G.W.; LARAIA M.T. **Enfermagem psiquiátrica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann& Afonso Editores, 2002.

SURIANO, M. L. F. et al . Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica. **Acta paul enferm**, São Paulo , v. 22, n. spe, p. 928-934, 2009 .

TAYLOR, S. **Anxiety Sensitivity: theory, research and treatment of the fear of anxiety**. Mahwah, N. J.: Erlbaum Associates, 1998.

TOLENDAL, M. E. **Biopsicobiologia em Odontopediatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, abr. 2009.

TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 2, p. 18-22, 1999.

TWENGE J.M. The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 79, p.1007-1021, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS-MG. UNIFAL-MG. **A Instituição**. 2014. Disponível em:<www.unifal-mg.edu.br>. Acesso em: 14 jun. 2014.

VELEZ, D. et al. Características de depressão e ansiedade em estudantes universitários. **International Journal of Psychological Research**, v. 1; n. 1; p.34-39, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boys. In: WHO. **Sexuality, reproductive health and fatherhood**.cap. 3, Geneva: WHO, p. 29-40, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO. **The role ofthe pharmacist in self-care and self-medication**. The Hague:World Health Organization. 1998. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/who-dap-98-13.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2. ed. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063



Eu, _____, RG _____, declaro estar de acordo em participar como especialista da pesquisa **“Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de ansiedade e medo em estudantes de uma universidade pública do sul de Minas Gerais”**, desenvolvida pela aluna de mestrado Lilian Bitencourt Alves Barbosa, sob a orientação da Profa. Dra. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

Declaro estar ciente de que os resultados das possíveis sugestões apresentadas serão utilizados exclusivamente com o fim de contribuir para a construção do instrumento de coleta de dados da referida pesquisa, com vistas à publicação dos resultados no meio científico, além de serem tratados com absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a minha identidade.

Compreendo que irei colaborar com a pesquisa, que tem como objetivos estabelecer os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de ansiedade e de medo de estudantes universitários, sendo estes nomeados por meio da CIPE, entendendo que minha participação será importante para alcançá-los.

Declaro estar ciente de que minha participação é voluntária, não gratificada e não oferece risco ou desconforto à minha pessoa.

Declaro ainda estar livre para me recusar a participar ou retirar o meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo.

Estou ciente de que tenho o direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre o estudo durante a sua realização.

Recebi uma cópia assinada deste termo, tive a possibilidade de proceder à sua leitura antes de assiná-lo e concordo em analisar as questões em horário adequado às minhas atividades.

Todas as dúvidas com relação à minha participação nesta pesquisa foram esclarecidas.

Estando ciente e de acordo, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante: _____.

 Profa. Dra. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá
 Orientadora

 Lilian Bitencourt Alves Barbosa
 Pesquisadora

Endereço para contato:
 Universidade Federal de Alfenas – Escola de Enfermagem
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Centro - Alfenas/MG
 Telefone: (35) 3299-1381 / (35) 9152-1282

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPANTES)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas/MG. CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063



Título da Pesquisa: “**Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de ansiedade e medo em estudantes de uma universidade pública do sul de Minas Gerais**” desenvolvida pela aluna de mestrado Lilian Bitencourt Alves Barbosa, sob a orientação da Profa. Dra. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

1. **Natureza da pesquisa:** você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade estabelecer os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem de ansiedade e de medo de estudantes universitários, sendo estes nomeados por meio da CIPE.
2. **Participantes da pesquisa:** estudantes universitários de graduação da área da saúde, regularmente matriculados no 3º período, do 1º semestre letivo de 2014.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo você permitirá que a pesquisadora realize o estudo, em colaboração com a orientadora, na Universidade. Você tem liberdade de se recusar a participar e, ainda, de se recusar a continuar participando, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas.
4. **Sobre a coleta de dados:** Para o levantamento dos diagnósticos de enfermagem de ansiedade e medo será realizada anamnese, exame físico e entrevista, no Laboratório de Práticas de Enfermagem da Escola de Enfermagem, em dias e horários previamente agendados.
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais e não oferece qualquer risco ou desconforto para você. Caso haja algum desconforto durante a sua participação, pedimos que nos informe para que possamos corrigi-lo. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este projeto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a orientadora e a mestranda terão conhecimento dos dados.

7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo ofereça informações importantes sobre problemas de saúde de estudantes universitários, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para a elaboração de estratégias educacionais e institucionais de enfrentamento a esses problemas. As pesquisadoras se comprometem a divulgar os resultados obtidos.

8. **Pagamento:** você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Lilian Bitencourt Alves Barbosa
Pesquisadora

Profa. Dra. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá
Orientadora

Qualquer dúvida sobre a pesquisa:

Pesquisadora: Lilian Bitencourt Alves Barbosa
Contato: (35) 9152-1282
E-mail: lballves@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Prédio O – Sala 409B
Alfenas-MG
Horário de atendimento externo: 15:00 -17:00
E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1) DADOS REFERENTES AO SISTEMA PESSOAL

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade de procedência: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Curso: _____ Período: _____

Estado civil: ()solteiro ()casado ()separado/divorciado ()vive com parceiro ()outro

Número de filhos: ()nenhum ()um ()dois ()três e mais

ESTILO DE VIDA

Tabagista? ()Sim ()Não. Se sim: fuma _____ há _____ anos, _____ cigarros/dia.

Consome bebida alcoólica? ()Sim ()Não. Se sim, nos últimos 3 meses, consumiu:

()nenhuma vez ()1 ou 2 vezes ()mensalmente ()semanalmente ()diariamente ou quase todos os dias.

Faz uso de drogas ilícitas? Se sim, qual (is) e frequência _____

Pratica atividade física? ()Sim ()Não. Se sim, qual(is) _____

Com qual frequência? ()1 vez por semana ()2 vezes por semana ()3 vezes por semana ou mais ()mensalmente.

Quais alimentos costuma comer habitualmente: _____

_____ Costuma fazer _____ refeições/dia.

Costuma automedicar-se? ()Sim ()Não.

Atividade de lazer? ()Sim ()Não. Se sim, qual? _____

Atividade sexual: ()desempenho satisfatório ()não satisfatório ()não tem relacionamento sexual.

Sono e repouso habitual: diurno: _____ h/dia e noturno: _____ /noite.

HISTÓRIA DE SAÚDE PREGRESSA:

Doenças anteriores: _____

Alergias: _____

Tratamentos anteriores: _____

() Transtornos alimentares e nutricionais. Se sim, qual(is) _____

() Ansiedade () Depressão () Estresse () DTM

Hospitalização? ()Sim ()Não. Motivo? _____

Tem necessidades especiais? ()Sim ()Não. Qual (is)? _____

Faz uso de órtese/prótese? ()Sim ()Não. Se afirmativo, qual (is): _____

Faz uso de medicamentos? ()Sim ()Não. Qual (is)? _____
 História de transtornos mentais na família? Qual (is): _____
 Já fez ou faz tratamento com psiquiatra? ()Sim ()Não. Motivo? _____
 Já fez ou faz acompanhamento com psicólogo? ()Sim ()Não. Motivo: _____

CONDIÇÕES ATUAIS

Apresenta queixas? ()Sim ()Não. Se sim, qual (is): _____
 Você se sente ameaçado? ()Sim ()Não. Se sim, porque _____
 Você sente medo? () Sim () Não. Se sim, identifique a causa do medo: _____

 Como você reage às situações de medo? _____

 Você se sente uma pessoa ansiosa? ()Sim () Não. Se afirmativo, quais são as situações e contextos nos quais mais frequentemente sente ansiedade, desde que entrou na universidade? _____

Apresentação durante a entrevista, quanto:

- expressão facial: ()sereno ()agressivo ()choroso ()deprimido ()tenso ()abatido ()apático ()triste ()alegre ()expressivo () outra: _____
- contato visual: ()preservado ()prejudicado () não faz
- postura: ()relaxado ()tranquilo ()tenso ()nervoso ()agitado ()impaciente ()irritado ()passivo ()alerta ()defensivo ()apreensivo () angustiado () desesperado ()inquieto ()nervoso ()pesaroso ()preocupado ()tiques ()temeroso ()retraído ()desatento ()outra: _____
- condições de higiene: () adequadas () inadequadas

PERCEPÇÃO

Seus hábitos de vida foram alterados com o ingresso na universidade? ()Sim ()Não. Se sim, explique _____
 Refere certeza na escolha do curso? ()Sim ()Não. Se não, explique _____

 Está satisfeito com o curso? ()Sim ()Não. Se não, explique _____
 O que mais preocupa você, quanto à sua vida acadêmica? _____
 Sente-se satisfeito (a) com sua aparência? ()Sim ()Não. Se não, explique _____
 Tempo dedicado aos estudos: _____ horas/dia
 Atividades acadêmicas desenvolvidas _____
 Sente sobrecarga de atividades acadêmicas? Se sim, explique _____
 Faz verbalização: ()autonegativa () sentimento de rejeição () sentimento de desvalorização de sua capacidade () incapacidade para lidar com as situações de estresse

SISTEMA RESPIRATÓRIO

FR: _____mpm.

Respiração: () eupneica () dispneica () taquipneica () bradipneica
 Presença de: () sensação de pressão no tórax () sensação de sufocamento
 () engasgos () desconforto respiratório () falta de ar
 Outras alterações: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm. () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico
 PA: _____ mmHg. () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso
 Presença de: () visão turva () tontura () lipotimia () desmaio () palpitações
 () temperatura nas extremidades reduzida em relação à temperatura corpórea
 Outras alterações: _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Peso usual: _____ Kg. Peso atual: _____ Kg. Altura: _____ m. IMC: _____
 Estado nutricional: _____
 Sons abdominais (ruídos hidroaéreos): () diminuído () aumentado
 Tem apresentado: () náusea () vômito () perda do apetite () aumento do apetite
 () repulsa pela comida () desconforto abdominal () gastralgia () boca seca () diarreia
 Outras alterações: _____

SISTEMA GENITOURINÁRIO

Presença de: () dor à micção () pressão para urinar () urgência urinária
 () micção freqüente. Outras alterações: _____

SISTEMA TEGUMENTAR

Temperatura corporal: _____ ° C.
 Presença de: () sudorese localizada () sudorese generalizada () rubor facial
 () prurido () ondas de frio ou de calor () palidez facial () eczema () erupção
 () aumento da queda espontânea de cabelo () onicofagia () tricotilomania

SISTEMA NEUROMUSCULAR E CONDIÇÕES MENTAIS

Presença de respostas fisiológicas: () tremores () tensão muscular
 () abalos palpebrais () diminuição da coordenação motora () cefaleia
 () fraqueza nos membros inferiores () fraqueza generalizada () fadiga
 () insônia () sono interrompido () dilatação das pupilas

Presença de alterações senso-perceptivas: () hiper-reflexia () parestesias
 () sensação dolorosa – especifique: _____
 () prejuízo da acuidade de algum dos órgãos dos sentidos – qual: _____

Presença de respostas comportamentais: () tensão () hipervigilância () desatenção
 () discurso acelerado () agitação () inquietação () inibição () fuga () esquiva
 () isolamento social () tendência a acidentes () reação de sobressalto

() comportamento de ataque () incapaz de relaxar
 Presença de respostas cognitivas: () bloqueio de pensamento
 () diminuição da atenção () diminuição da concentração () esquecimento
 () julgamento errôneo () preocupação excessiva () diminuição da percepção
 () diminuição da criatividade () diminuição da produtividade () medo de morrer
 () perda da objetividade () medo de perder o controle do comportamento
 () imagens visuais assustadoras () recordações intrusivas () pesadelos
 () diminuição da capacidade de aprendizagem () ruminação antes de dormir

Presença de respostas afetivas: () impaciência () desconforto () tensão
 () apreensão () aflição () angústia () irritabilidade () preocupação () confusão
 () pavor () culpa () vergonha () choro fácil () deprimido () rancor
 () desamparo () desespero. Outras alterações: _____

Em que grau a universidade contribui para a ocorrência destes sentimentos?
 () não contribui () contribui pouco () contribui razoavelmente () contribui muito.

2) DADOS REFERENTES AO SISTEMA INTERPESSOAL

Comunicação: () preservada () prejudicada. Se prejudicada: () diminuída () recusa em falar () tendência ao monólogo () velocidade da fala aumentada/diminuída
 () volume da voz aumentado/diminuído () verbaliza de maneira desconexa
 () gagueira () condição fisiopatológica () fala ininterrupta/ofegante () salta de um assunto para outro () voz trêmula () mudanças no timbre da voz

Relação interpessoal: () demonstra cordialidade () atitude arredia e desconfiada
 () cooperativo () distante () indiferente () hostil () outra: _____

Recebe visitas em casa? () Sim () Não. Quem o visita? () amigos () vizinhos
 () familiares () marido () namorado () outros: _____

Com qual frequência recebe vistas em casa? () diariamente () semanalmente
 () quinzenalmente () mensalmente () semestralmente () anualmente.

Com qual frequência você visita a sua família? () diariamente () semanalmente
 () quinzenalmente () mensalmente () semestralmente () anualmente.

Na ocorrência de uma doença, com quem você pode contar? _____

Você já procurou por atendimento médico devido à doença, durante sua vida acadêmica? () Sim () Não. Se afirmativo, onde e por qual motivo? _____

Você já foi afastado das atividades acadêmicas por motivo de doença?

() Sim () Não. Se sim, por qual motivo e por quanto tempo?

3) DADOS REFERENTES AO SISTEMA SOCIAL

Mora em Alfenas: () Sim () Não.

Mora em/com: () pais () outros familiares () república () pensionato () sozinho(a)

Crença religiosa: () católica () evangélica () espírita () umbanda/candomblé

() outras: _____ () não tem

Praticante? () Sim () Não.

Participa de evento com a comunidade religiosa? () Sim () Não.

Se sim, qual? _____

Tipo de moradia: () própria () alugada () cedida

Condições da área ou região de moradia: () salubre () insalubre () segura

() insegura () difícil acesso () fácil acesso

Fonte de renda: () depende de pais/familiares () não depende de pais/familiares

Exerce atividade remunerada? () Sim () Não. Se sim, qual? _____

Número de membros familiares: _____

Escolaridade da mãe: () analfabeta () ensino fundamental incompleto

() ensino fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo

() ensino superior incompleto () ensino superior completo

O que você mais gosta de fazer para se distrair ou divertir? _____

Você tem sentido falta de recreação e lazer? () Sim () Não

Como é o seu relacionamento com os familiares? () Bom () Regular () Ruim

Se a resposta for ruim, fale por quê? _____

Como você classifica o relacionamento entre os seus familiares? () Bom () Regular

() Ruim. Se a resposta for ruim, por quê? _____

Qual é a pessoa na universidade, com quem você pode contar? _____

Você tem plano de saúde? () Sim () Não.

Ocorrência de eventos marcantes negativos na vida familiar:

() falecimento () desemprego () dificuldades financeiras () doença

() acidente () separação/divórcio () violência () outros _____

Assinatura da entrevistadora: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

ANEXO

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diagnósticos de Enfermagem de Ansiedade e Medo e prevalência de ansiedade e depressão em estudantes de uma universidade pública do sul de Minas Gerais.

Pesquisador: SUELI LEIKO TAKAMATSU GOYATÁ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15769213.5.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 271.296

Data da Relatoria: 10/05/2013

Apresentação do Projeto:

Boa apresentação

Objetivo da Pesquisa:

Estimar a prevalência de ansiedade e depressão de estudantes de uma universidade pública do sul de Minas Gerais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e não oferece qualquer risco ou desconforto para o estudante. Referem que os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Ao participar desta pesquisa o estudante não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperam que este estudo traga informações importantes sobre problemas de saúde de estudantes universitários de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para a elaboração de estratégias educacionais e institucionais de enfrentamento a esses problemas, no qual pesquisadores se comprometem a divulgar os resultados obtidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado junto aos estudantes dos cursos da área da saúde da Universidade Federal

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 271.296

de Alfenas - UNIFAL/MG, campus 1 de Alfenas. A população do estudo será composta pelos estudantes da área da saúde, que estiverem regularmente matriculados nos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologias da UNIFALMG, no primeiro semestre letivo de 2013, que concordarem na participação da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Segunda fase consistirá na realização de um estudo qualitativo, do tipo estudo de uma série de casos, com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem de Ansiedade e Medo em estudantes de graduação da área da saúde na Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE adequado e Termo de Anuência da Instituição de Ensino

Apresenta Termo da SMS caso seja necessário encaminhamento para a rede básica de atendimento.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atende a Resolução 196/96.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acata o parecer do relator.

ALFENAS, 14 de Maio de 2013



Assinador por:

Maria Betânia Tinti de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br