



Universidade da Beira Interior

Título do Estudo: “Comportamentos de Saúde, Bem-Estar e Sintomas Psicopatológicos em Estudantes do IPG”

Introdução: Como investigadores responsáveis por esta investigação da Universidade da Beira Interior, vimos convidá-lo(a) a participar num estudo sobre atitudes e comportamentos de saúde, saúde mental e bem-estar psicológico em estudantes universitários.

Objetivo de estudo: O objetivo do estudo passa por investigar o comportamentos e atitudes promotoras de saúde, analisar os indicadores referentes à saúde mental e o bem-estar psicológico associado aos mesmos em estudantes da Instituto Politécnico da Guarda (IPG).

Participação: A participação no estudo é totalmente voluntária, como tal pode decidir a sua participação ou não no presente estudo. Se decidir participar, será pedido que responda a algumas questões, contudo tem a possibilidade de desistir a qualquer altura. A sua participação no estudo é anónima e não remunerada, sendo que os dados recolhidos neste estudo, que não a(o) identificam individualmente, serão apenas guardados e processados em computador para fins de investigação.

Obrigada pelo tempo que despendeu a ler esta informação e a ponderar a sua participação no estudo. Se tiver a intenção de participar deverá assinalar e datar este Consentimento Informado.

Declaro que li e compreendi a informação sobre o estudo supramencionado, tendo-me sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, assim como colocar todas as minhas dúvidas. Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento, sem a necessidade de dar qualquer justificação.



Data: _____

Agradecemos a sua participação!

Leia todas as questões com atenção e responda de acordo com a sua opinião. Não há respostas certas ou erradas. Responda tão sinceramente e rapidamente quanto lhe for possível. Todas as suas respostas são confidenciais e serão exclusivamente utilizadas para fins de investigação.

I

1. **Idade:** _____
2. **Género:** Feminino ____ Masculino ____ Outro ____
3. **Estado civil:** Comprometido ____ Solteiro ____ Casado ____ União de Facto ____
4. **Agregado familiar (nº de pessoas):** Sozinho ____ 2 ____ 3 ____ 4 ou mais ____
5. **Região de onde é natural:** Norte ____ Centro ____ Sul ____ Ilhas ____ Estrangeiro ____
6. **Como classifica o seu nível socioeconómico:** Alto ____ Médio ____ Baixo ____

II

7. **Curso que frequenta:** _____
8. **Ano que frequenta:** 1º ____ 2º ____ 3º ____ 4º ____ 5º ____
9. **O curso que frequenta foi a sua 1ª opção?** Sim ____ Não ____
10. **É trabalhador(a)-estudante?** Sim ____ Não ____
11. **Como avalia o seu desempenho académico?** Mau ____ Razoável ____ Bom ____ Muito Bom ____

III

12. **Tem algum tipo de acompanhamento psicológico?** Sim ____ Não ____
13. **Já teve algum internamento psiquiátrico?** Sim ____ Não ____
14. **Toma alguma medicação farmacológica?** Sim ____ Não ____
 - 14.1. **Se sim, qual?** _____
 - 14.2. **Se sim, é prescrita pelo médico?** Sim ____ Não ____
15. **Preocupa-se com a sua saúde?** Sim ____ Não ____
16. **Como considera a sua saúde?** Muito má ____ Má ____ Razoável ____ Boa ____ Muito Boa ____
17. **Tem problemas de sono?** Sim ____ Não ____
18. **Como avalia a qualidade do seu sono?** Muito má ____ Má ____ Razoável ____ Boa ____ Muito Boa ____
19. **Quantas horas costuma dormir, em média por dia?** ≥ 8h ____ Entre 7h a 6h ____ 5h ou menos ____
20. **Costuma praticar exercício físico?** Sim ____ Não ____
 - 20.1. **Se sim, que atividade física/desporto pratica?** _____
 - 20.2. **Quantas horas por semana (em média)?** _____
 - 20.3. **Como se desloca habitualmente?** A pé ____ De transportes ____
21. **Considera ter cuidado com a sua alimentação?** Sim ____ Não ____
22. **Quanto pesa?** _____
23. **Quanto mede?** _____
24. **Quantas refeições faz por dia?** _____

25. Fuma? Sim ____ Não ____

25.1. Se sim, há quanto tempo fuma? _____

25.2. Se sim, quantos cigarros fuma por dia? _____

26. Consome bebidas alcoólicas? Sim ____ Não ____

26.1. Se sim, com que frequência? Diariamente ____ Ocasionalmente ____ Raramente ____

26.2. Se sim, em que circunstâncias? Sozinho ____ Com amigos ____ Com familiares ____ Em situações sociais ____ Em situações de stress ____ Outra (qual?) _____

27. Consome substâncias psicoativas? Sim ____ Não ____

27.1. Se sim, com que frequência? Diariamente ____ Ocasionalmente ____ Raramente ____

27.2. Se sim, quais? Tranquilizantes ____ Estimulantes ____

27.3. Se sim, em que circunstâncias? Sozinho ____ Com amigos ____ Com familiares ____ Em situações sociais ____ Em situações de stress ____ Outra (qual?) _____

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia em diversas áreas que estão associadas à saúde.

Por favor responda às afirmações que aparecem em baixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C - Muitas vezes (Cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (Cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase Sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase Nunca
Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos, duas vezes ou mais por semana.					
Ando a pé ou de bicicleta diariamente.					
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (por exemplo: corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc)					
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.					
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.					
Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.					
Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.					
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado					
Mantenho as minhas vacinas em dia.					
Verifico anualmente a minha pressão arterial					
Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.					
Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i>					
Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.					
Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.					
Quando viajo de carro no banco da frente coloco cinto de segurança.					
Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.					
Evito fumar.					
Evito ingerir alimentos com gordura.					
Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou <i>coca-cola</i> .					
Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exame.					
Evito tomar tranquilizantes.					

Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.).					
Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.					
Evito ambientes muito ruidosos.					
Evito os ambientes que tenham o ar poluído.					
Evito mudar de parceiro sexual.					
Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.					
Devido às doenças sexuais, evito ter relações sem tomar precauções.					

Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico

Por favor responda a cada uma das seguintes informações de acordo com a escala fornecida.

Durante o último mês

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
Senti-me confiante.					
Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam.					
Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio.					
Senti-me útil.					
Senti-me emocionalmente equilibrado.					
Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias.					
Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos.					
A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas atividades familiares, pessoais e académicas.					
Tive objetivos e ambições.					
Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas.					
Envolvei-me em vários projetos.					
Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas atividades e passatempos preferidos.					
Ri-me com facilidade.					
Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente.					
Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos.					
Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta.					
Estive capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva.					
Perante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza					
Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações.					
Estive bastante calmo.					
Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo.					
Senti-me bem e em paz comigo próprio.					
Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela.					
A minha moral esteve boa.					
Senti-me saudável e em boa forma.					

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na **última semana**.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta mais ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

Sinto-me tenso: <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca	Sinto-me mais lento ou vagaroso: <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Nunca
Ainda gosto das coisas de que costumava gostar: <input type="checkbox"/> Tanto como gostava <input type="checkbox"/> Não tanto como gostava <input type="checkbox"/> Só um pouco do que gostava <input type="checkbox"/> Quase nada como gostava	Sinto uma espécie de medo, como se tivesse um aperto no estômago: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes
Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer: <input type="checkbox"/> Sim, e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa <input type="checkbox"/> Não, de maneira nenhuma	Perdi o interesse pela minha aparência: <input type="checkbox"/> Sim, definitivamente <input type="checkbox"/> Não me cuido tanto como deveria <input type="checkbox"/> Talvez não me cuide tanto como antes <input type="checkbox"/> Cuido-me tanto como costumava
Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas: <input type="checkbox"/> Tanto como costumava conseguir <input type="checkbox"/> Agora, não tanto como costumava conseguir <input type="checkbox"/> Definitivamente, não tanto como costumava conseguir <input type="checkbox"/> Não, de maneira nenhuma	Sinto-me inquieto(a), como se tivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro: <input type="checkbox"/> Sim, muito <input type="checkbox"/> Sim, bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Não, de modo nenhum
Tenho preocupações que me passam pela cabeça: <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando, mas não muitas vezes <input type="checkbox"/> Apenas ocasionalmente	Antecipo as coisas com satisfação: <input type="checkbox"/> Tanto como eu costumava fazer anteriormente <input type="checkbox"/> Um pouco menos do que anteriormente <input type="checkbox"/> Muito menos do que anteriormente <input type="checkbox"/> Quase nunca
Sinto-me alegre: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	Tenho sentimentos súbitos de pânico: <input type="checkbox"/> Com muita frequência <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Não muitas vezes <input type="checkbox"/> Nunca
Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado: <input type="checkbox"/> Sim, definitivamente <input type="checkbox"/> Geralmente <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Nunca	Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio: <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Muito raramente
Agora, certifique-se que respondeu a todas as perguntas. Obrigada!	