



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Nomofobia e Sentido de Coerência: uma problemática emergente em estudantes do ensino superior

Maria Isabel Gonçalves da Cunha



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Maria Isabel Gonçalves da Cunha
Nomofobia e Sentido de Coerência:
uma problemática emergente em estudantes do
ensino superior

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Isabel Lajoso Amorim
Professora Doutora Maria Carminda Soares Morais

Viana do Castelo, julho de 2021

RESUMO

O termo Nomofobia refere-se a um dos novos distúrbios mais comuns do mundo, resultante do medo da impossibilidade de comunicação através do *smartphone* (Cabrera [et al.], 2017; Báez e Ramírez, 2016; Manno e Rosa, 2018; Villar, Grau e Colet, 2017; Darvishi [et al.], 2019), com elevada prevalência entre os Estudantes do Ensino Superior (EES), conduzindo a alteração na saúde mental e bem-estar.

A promoção da saúde mental, baseada na mobilização dos recursos do *campus* e da comunidade, designadamente os próprios estudantes, surge como uma oportunidade única de forma a potenciar a abrangência e eficiência das iniciativas promotoras de saúde, assumindo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) um fulcral papel em todo este processo (regulamento nº 428/2018, de 16 de Julho; *American College Health Association* (ACHA), 2012).

Como objetivo de estudo, pretende-se conhecer a prevalência da Nomofobia entre uma comunidade de EES, assim como analisar qual a sua relação com características sociodemográficas, comportamentos de vida e Sentido Interno de Coerência (SOC), num estudo quantitativo transversal, de carácter analítico-correlacional em que se utilizaram um Questionário de caracterização sociodemográfica e hábitos de saúde; Questionário de Nomofobia – NMP-Q-PT e Escala de Avaliação SOC.

A amostra é constituída por 234 estudantes de uma Instituição de Ensino Superior (IES) da Região Norte do país, maioritariamente do sexo feminino (81,2%), com uma idade média de $24,3 \pm 7,7$ anos.

Os resultados evidenciaram uma prevalência de Nomofobia de 97,9%, com 53% no nível moderado e 12% no nível grave de Nomofobia, sendo que as estudantes do sexo feminino apresentam valores médios mais elevados. No que concerne à perceção do estado de saúde, o presente estudo revelou uma associação positiva fraca (R_s 0.121; $p=0,066$), sem significância estatística.

A Nomofobia e o SOC encontram-se negativamente correlacionados, exceto na dimensão “Capacidade de Investimento”.

As conclusões evidenciam uma elevada prevalência da Nomofobia entre EES, assim como relação com algumas características sociodemográficas e SOC, o que poderá permitir uma melhor adequação das estratégias promotoras de saúde destinadas a esta comunidade.

Descritores: “Nomofobia”, “Dependência (Psicologia)”, “Smartphone”, “Internet”, “Sentido de coerência” e “Estudantes”

ABSTRACT

Nomophobia refers to one of the most common disorders worldwide resulting from the fear caused by the impossibility of being able to communicate using a smartphone (Cabrera [et al.], 2017; Báez & Ramírez, 2016; Manno & Rosa, 2018; Villar, Grau & Colet, 2017; Darvishi [et al.], 2019). Its prevalence is high among College Students (CS), leading to mental health and well being imbalance.

Mental health improvement using “in *campus*” and community resources, including students *per se*, brings up a unique opportunity to maximize health initiative’s efficacy and scope, whereas a specialized Nurse in Community Health Nursing plays a pivotal role (regulamento nº 428/2018, de 16 de Julho; *American College Health Association (ACHA)*, 2012).

The aim of this study was to evaluate the nomophobia prevalence among a CS community as well as to analyse the association with sociodemographic variables, lifestyle behaviour and sense of coherence (SOC) in a quantitative cross-sectional study using a Health-related Habits and Sociodemographic Questionnaire, a Nomophobia Questionnaire – NMP-Q-PT – and a Sense of Coherence Scale.

The study sample included 234 students belonging to a College in Northern Portugal, constituted mainly by females (81,2%), with an average age of $24,3 \pm 7,7$ years old.

Results show a nomophobia prevalence around 97,9%, being 53% of these in a moderate level and 12% in a critical one, while female students present higher average values. The results also revealed a weak positive with health status perception, ($R_s 0.121$; $p=0,066$) that did not attain statistical significance. Nomophobia and SOC were inversely correlated except for the “Investment Capacity” dimension.

Our results indicate a high prevalence of nomophobia among CS as well as an association between some of the sociodemographic characteristics and SOC, which may allow a better adequacy of health promoting strategies focused to this community.

Keywords: “Nomophobia”, “Dependency (Psychology)”, “Smartphone”, “Internet”, “Sense of coherence” and “Students”

AGRADECIMENTOS

Não sendo possível a conclusão deste percurso académico sem o imprescindível apoio e colaboração de muitos, fica o agradecimento às seguintes pessoas:

À Professora Doutora Isabel Amorim e à Professora Doutora Carminda Morais um sincero obrigada por me terem concedido o privilégio da sua orientação, pelo incentivo constante em fazer mais e melhor, pela partilha dos seus vastos conhecimentos e pela pertinência das suas sugestões e críticas.

Ao meu marido Marco, pelo companheirismo, apoio e compreensão desde o início desta caminhada académica.

Ao meu filho, pelo tempo furtado às brincadeiras e ao tempo em família.

À minha irmã, e minha melhor amiga, por estar sempre lá...

À Ana Rita Rodrigues, pela flexibilidade e pelas inegáveis e vastas qualidades humanas com que diariamente dirige a instituição onde trabalho, permitindo-me usufruir do tempo, tranquilidade e concentração necessárias para o atingimento dos meus objetivos enquanto mestranda.

Ao Marco Silva, pelo apoio informático.

Ao Fábio Pires, pela tradução em inglês do resumo deste estudo.

A todos os estudantes que aceitaram participar nesta investigação.

A todos os professores, amigos e colegas que, de uma forma ou outra, contribuíram para a conclusão de mais esta etapa da minha vida, que agora culmina com este estudo.

A todos, o meu profundo e sincero obrigada!

"O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos, dia após dia"

Robert Collier

SUMÁRIO

RESUMO	2
ABSTRACT	3
AGRADECIMENTOS.....	4
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	10
INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I – CONSTRUÇÃO TEÓRICA DO OBJETO DE ESTUDO	14
1. Promoção da saúde e saúde mental em estudantes do ensino superior.....	15
2. Modelo Salutogénico e Sentido de Coerência.....	26
3. Nomofobia em estudantes do ensino superior: um desafio à promoção da saúde.....	32
3.1. Utilização das Tecnologias de informação: a procura por um equilíbrio	33
3.2. O estado da arte: Revisão sistematizada da literatura	36
3.2.1. Abordagem metodológica.....	38
3.2.2. Análise dos principais resultados	39
3.2.3 Em síntese	52
PARTE II- TRABALHO EMPÍRICO	55
1. Metodologia	56
1.1. Questões de Investigação, finalidade e objetivos	57
1.2. Tipo de Estudo.....	58
1.3. População e Amostra.....	59
1.4. Variáveis	59
1.5. Instrumentos de recolha de dados	61
1.5.1. Questionário Sociodemográfico e perceção de estado de saúde e hábitos de vida	61
1.5.2. Questionário de Nomofobia – NMP-Q-PT.....	61
1.5.3. Escala de Avaliação SOC	62
1.6. Procedimentos de recolha de dados	63
1.7. Procedimentos formais e éticos	63
1.8. Procedimentos estatísticos	63
2. Apresentação dos resultados.....	65
2.1 Caracterização da amostra quanto a fatores sociodemográficos, perceção de estado de saúde e hábitos de vida	65
2.2 Características psicométricas dos questionários utilizados	68
2.2.1 Questionário de Nomofobia – NMP-Q-PT.....	68
2.2.2 Escala de avaliação SOC.....	69

2.3 Avaliação de Nomofobia	70
2.4 Avaliação do SOC.....	71
2.5 Nomofobia: Estudo das relações.....	71
2.6 Correlações entre Nomofobia e SOC.....	73
3. Discussão dos resultados	75
4. Limitações do estudo e sugestões para investigações futuras.....	83
5. Implicações para a prática	84
CONCLUSÕES.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	103
Anexo I - Questionário de caracterização sociodemográfica e hábitos de vida	104
Anexo II - Questionário de Nomofobia – NMP-Q-PT	110
Anexo III - Escala de Avaliação SOC	113
APÊNDICES.....	119
Apêndice I - Pedido de colaboração às Direções das Unidades Orgânicas da IES.....	120
Apêndice II - Autorização para utilização da escala SOC.....	128
Apêndice III - Autorização para utilização do questionário NMP-Q-PT.....	134

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo dos Determinantes de Saúde	16
Figura 2. Processo de seleção dos artigos	40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia e limitadores da pesquisa.....	39
Tabela 2. Seleção final dos artigos	40
Tabela 3. Evidência produzida sobre a temática “Nomofobia” e seus conceitos associados.....	45
Tabela 4. Definição e operacionalização das variáveis	59
Tabela 5. Distribuição absoluta e relativa da amostra, segundo a caracterização sociodemográfica dos participantes	65
Tabela 6. Distribuição absoluta e relativa da amostra, segundo a percepção do estado de saúde e hábitos de vida dos participantes.....	66
Tabela 7. Consistência interna do NMP-Q-PT	68
Tabela 8. Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose, segundo as dimensões do NMP-Q-PT	68
Tabela 9. Consistência interna da escala de avaliação SOC	69
Tabela 10. Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose, segundo as dimensões da Escala de Avaliação SOC.....	69
Tabela 11. Média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo e coeficiente de variação nas dimensões do NMP-Q-PT.	70
Tabela 12. Frequência absoluta (n) e relativa (%) de indivíduos em cada nível de Nomofobia.	70
Tabela 13. Média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo e coeficiente de variação nas dimensões da escala de avaliação SOC.	71
Tabela 14. Teste t de medidas independentes na comparação entre sexo masculino vs sexo feminino, relativamente às dimensões do NMP-Q-PT.	72
Tabela 15. Correlação de Spearman entre a idade e as dimensões do NMP-Q-PT.....	72
Tabela 16. Teste t de medidas independentes na comparação entre Fumadores vs Não Fumadores, relativamente às dimensões do NMP-Q-PT.	72

Tabela 17. Teste t de medidas independentes na comparação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelo menos 1 dia por semana vs menos de 1 dia por semana, relativamente às dimensões do NMP-Q-PT.....	73
Tabela 18. Matriz de correlações de Spearman entre as dimensões do Questionário NMP-Q-PT e da Escala de Avaliação SOC.....	74

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Abreviaturas

CV	Coeficiente de Variação
DP	Desvio Padrão
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ed.	Edição
et al.	Et Alii (e outros)
h	Hora
Máx	Máximo
Mín	Mínimo
Min	Minutos
Nº	Número
p.	Página
Vol.	Volume

Acrónimos e Siglas

ACHA	American College Health Association
APA	American Psychological Association
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
EEEC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
EES	Estudantes do Ensino Superior
IES	Instituição de Ensino Superior/ Instituições de Ensino Superior
INS	Instituto Nacional de Estatística
NDGS	Norma da Direção Geral da Saúde
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNS	Plano Nacional de Saúde
RGR	Recursos generalizados de resistência
SOC	Sentido Interno de Coerência
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization

INTRODUÇÃO

A atual era digital oferece um vasto leque de possibilidades de comunicação e acesso à informação, através da utilização das novas tecnologias. Uma nova realidade que abre inúmeras portas e possibilita inegáveis benefícios (Furlan e Nicodem, 2017).

Esta nova era tecnológica constitui, desde muito cedo, uma realidade para os jovens, sendo o *smartphone* percebido como central na construção da identidade (Castells [et al.], 2009), dada a diversidade de funcionalidades que a internet e as aplicações existentes para os *smartphones* oferecem (Tateno [et al.], 2019).

Pese embora todos os benefícios, o desenvolvimento tecnológico origina também nefastas consequências, como é o caso da dependência ou a desumanização das relações humanas (Moustafa, 2016; Jilisha [et al.], 2019)

Em Portugal, verifica-se uma preocupante taxa de dependência em Internet, sobretudo entre a população jovem, com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos, e com maior nível de escolaridade (Almeida [et al.], 2013), constituindo o *smartphone* a plataforma preferencial de acesso (Marktest, 2019; Entidade Reguladora para a Comunicação Social, 2016).

Derivado da abreviatura da expressão "*no mobile phone phobia*" surge em 2008, no Reino Unido, o termo Nomofobia, que consiste no medo da impossibilidade de comunicação através do *smartphone*. Ansiedade e angústia são algumas das consequências provocadas pela perda de contacto com o mesmo (Cabrera [et al.], 2017; Báez e Ramírez, 2016; Manno e Rosa, 2018; Villar, Grau e Colet, 2017).

Considerada uma fobia da era moderna, a Nomofobia é já um dos novos distúrbios mais comuns no mundo (Yildirim e Correia, 2015; Daei, Rizi e Soleymani, 2019; Carrión [et al.], 2018; Darvishi [et al.], 2019), sendo a sua prevalência entre Estudantes do Ensino Superior (EES) elevada, como demonstrado em estudos de Báez e Ramírez (2016) e Yildirim e Correia (2015).

De facto, as exigências impostas aos jovens EES, aliadas a uma construção de identidade eminente, podem potenciar um maior risco de desenvolvimento de transtornos de saúde mental (Cleary e Jackson, 2011; Johnson e Kerr, 2010; Verger [et al.], 2009).

Constituindo a saúde mental um pilar da saúde pública e um dos mais importantes desafios da atualidade, por ser essencial para o bem-estar e funcionamento pleno dos indivíduos e das comunidades (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2009; Conselho Nacional de Saúde (CNS), 2019), urge a aposta em atividades de educação e promoção da saúde baseadas na mobilização dos recursos do *campus* e da comunidade, designadamente os próprios estudantes, com vista à maximização do alcance e

abrangência das iniciativas promotoras de saúde, assumindo o EEEEC um fulcral papel em todo este processo (regulamento nº 428/2018, de 16 de Julho; ACHA 2012).

A OMS (2004) declarou a saúde mental positiva como necessária ao bem-estar e funcionamento efetivo individual, social e comunitário. “Boa saúde mental permite que as pessoas realizem o seu potencial, lidem com o *stress* normal da vida, trabalhem produtivamente, e contribuam para as suas comunidades” (WHO, 2013, p. 5).

Desta forma, para a OMS, a construção de um Sentido Interno de Coerência (SOC) e pertença desde a infância desempenha um papel fulcral na aquisição de recursos e capacidades de enfrentamento impostos ao longo da vida. Como tal, propõe como estratégia para a melhoria da saúde mental das populações, a promoção de “condições de vida e trabalho adequadas à obtenção de um SOC e relações sociais” (WHO, 1999, p. 173).

Permitindo o SOC uma coerente perceção do mundo, na medida em que possibilita lidar de forma eficiente com a pressão associada aos fatores stressores e habilita o indivíduo a situar-se numa posição saudável no contínuo saúde-doença (Antonovsky, 1987), constitui uma mais-valia no “desenvolvimento de metodologias de intervenção que (...) [visem] reforçar a capacidade de os indivíduos gerirem, de modo saudável, a sua exposição a fatores traumáticos de natureza psicossocial” (Nunes, 2002, p. 1). A sua relevância no âmbito da promoção da saúde é também reconhecida pela OMS, que o toma como uma das diretrizes orientadoras das macro-políticas da promoção da saúde mental deste século (Nunes, 2002).

Nesta linha de pensamento, afigurou-se como fundamental apurar a prevalência da Nomofobia entre os EES de uma Instituição de Ensino Superior (IES), assim como conhecer a sua relação com alguns fatores sociodemográficos e averiguar a existência ou não de relação entre Nomofobia e SOC no presente estudo.

Com base nestes pressupostos, foram definidas as seguintes questões norteadoras desta investigação: “Qual a prevalência da Nomofobia entre estudantes que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado por uma IES localizada no Norte de Portugal?”; “Qual a relação entre as características sociodemográficas e comportamentos de vida e a Nomofobia em estudantes de uma IES no Norte de Portugal?” e “Qual a correlação entre a Nomofobia e o SOC apresentado pelos estudantes que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado por uma IES localizada no Norte de Portugal?”

A presente dissertação encontra-se organizada em duas partes, consistindo a primeira na construção teórica do objeto de estudo e a segunda no trabalho empírico. A primeira parte encontra-se estruturada em três capítulos que abarcam a promoção da saúde e saúde mental em EES, o Modelo Salutogénico e Sentido de Coerência e a

Nomofobia em EES. O último capítulo integra a revisão sistematizada de literatura conducente à construção do estado da arte da Nomofobia. Procurou-se reunir condições de objetividade e integridade da investigação, num contexto bibliográfico do qual emanam diferentes terminologias associadas desde o “uso excessivo”, o “uso problemático” passando pela “dependência de *smartphone*”. Optou-se pela realização de revisão sistematizada de literatura, com o objetivo de mapear os conceitos-chave que sustentam a presente área de pesquisa, assim como as principais fontes e tipos de evidências disponíveis (Mays [et al.], 2001). Para o efeito, em parte baseada nos pressupostos de Arskey e O'Malley (2005) e *The Joanna Briggs Institute* (2015), procedeu-se à pesquisa entre outubro e novembro de 2019, a partir das bases de dados PubMed e MEDLINE, tendo sido incluídos estudos publicados entre 2014 e 2019, com resumo e texto completo disponíveis, em língua inglesa, portuguesa e espanhola. Na linha dos mesmos autores e por razões de sistematização, na análise e discussão dos resultados obtidos foram adotadas as normas de referência bibliográfica de Vancouver.

A parte empírica engloba dois capítulos: a metodologia, onde são apresentados todos os procedimentos metodológicos e a apresentação e análise dos resultados. Finalmente, são apresentadas as limitações do estudo, implicações para a prática, sugestões para futuras investigações e principais conclusões.

As referências bibliográficas, bem como a estrutura da presente dissertação, sustentam-se nas orientações para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos, aprovado pelo Conselho Pedagógico da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, em julho de 2013.

PARTE I – CONSTRUÇÃO TEÓRICA DO OBJETO DE ESTUDO

1. Promoção da saúde e saúde mental em estudantes do ensino superior

A promoção da saúde consiste no processo de capacitação da comunidade no que concerne à atuação na melhoria da sua saúde e qualidade de vida, sendo que a saúde constitui um direito humano fundamental e representa o recurso primordial para o desenvolvimento pessoal, económico e social, pelo que consiste numa essencial dimensão da qualidade de vida [World Health Organization (WHO), 1986, 1997]. Como tal, deve ser percecionada “como um recurso para a vida, e não como objeto de viver” (WHO, 1986, p. 1).

A saúde é suscetível de ser influenciada por diversos fatores, designados Determinantes da Saúde. Lalonde (1981) subdividiu os determinantes da saúde em quatro dimensões: Biologia humana (referente aos aspetos dependentes da estrutura biológica e constituição orgânica dos indivíduos, como as características genéticas ou o envelhecimento), Meio ambiente (referente aos fatores externos ao corpo capazes de causar impacto na saúde dos indivíduos, como é o caso da contaminação física, química, biológica ou psicossocial), Estilos de vida (referentes aos comportamentos adotados pelos indivíduos) e Sistema de saúde (referente à qualidade, quantidade, acessibilidade e distribuição dos serviços de saúde).

De acordo com a OMS, considera-se também que os determinantes da saúde incluem o ambiente social e económico, o ambiente físico e características individuais, sendo que o contexto de vida será determinante na saúde de cada pessoa. Refere-se ainda não ser alcançável o controle de parte destes fatores, como o género ou a genética, contudo são, pelo menos em parte, condicionados pelas determinantes sociais da saúde. Status social, educação, condições laborais e de habitabilidade, redes de apoio social, cultura ou acesso a serviços de saúde constituem fatores suscetíveis de influenciar positiva ou negativamente a saúde, sendo reconhecidos como determinantes sociais de saúde (WHO, 2008).

De facto, a influência dos determinantes sociais de saúde no bem-estar da população tem vindo a assumir relevância crescente no âmbito da promoção da saúde. Também a nível nacional, o Plano Nacional de Saúde (PNS) - Revisão e Extensão a 2020 propõe “a integração dos diferentes setores em relação a medidas que promovam a redução da desigualdade e a melhoria da condição da população em geral face aos determinantes sociais.” [Direção Geral de Saúde (DGS), 2015].

O modelo arco-íris (Figura 1) proposto por Dalgren e Whitehead (1991), concebe o estado de saúde individual como resultante da interação complexa entre múltiplos fatores, a diversos níveis, que englobam desde influências sociais a estilos de vida individuais (Balanda, 2011).

A disposição dos determinantes em camadas evidencia que todos interagem entre si, influenciando a saúde e bem-estar da pessoa. Assim, apenas fazem sentido programas que pressuponham uma intervenção articulada e abrangente, tendo presente uma perspectiva holística da saúde (Loureiro & Miranda, 2010).

Figura 1 – Modelo dos Determinantes de Saúde
(Adaptado de Dahlgren e Whitehead, 1991)



Fonte: DGS (2013)

A saúde evidencia capacidades físicas, assim como recursos pessoais e sociais, tornando-se desta forma, um conceito positivo. Como tal, a responsabilidade da promoção da saúde abarca muito além do setor da saúde, perspetivando um bem-estar global, possível de alcançar através da transformação de estilos de vida, bem como das condições económicas, sociais e ambientais que determinam a saúde (WHO, 1986, 1997, 2010).

A concretização deste objetivo exige uma estruturada ação não só apenas do setor da saúde, como também do setor governamental, setores sociais e económicos, autoridades locais, indústria, mídia, entre outros, permitindo o envolvimento de todos de forma individual, familiar e comunitária. (WHO, 1986). Neste contexto, a promoção da saúde dos EES constitui um investimento na capacitação dos mesmos como autores dos seus projetos de saúde, contribuindo simultaneamente para a sua formação enquanto futuros profissionais em diferentes áreas do conhecimento comprometidos com a cidadania em saúde, independentemente do sector que venham a ocupar. Esta perspetiva releva

ainda mais na medida em que, assumidamente, o setor corporativo assume um impacto direto sobre os determinantes de saúde das pessoas, uma vez que influencia as configurações locais, culturas nacionais e ambientais e distribuição de riqueza. Esta influência do designado setor privado engloba desde as garantias de saúde e segurança no local de trabalho, promovendo a saúde e bem-estar dos funcionários, suas famílias e comunidades, até ao cumprimento de acordos locais, nacionais e internacionais promotores de saúde (WHO, 2005)

Os programas e estratégias no âmbito da promoção da saúde devem adequar-se às necessidades de cada localidade, região ou país, considerando as disparidades dos seus sistemas económicos, culturais e sociais (WHO, 1986).

De facto, o alcance da equidade em saúde constitui um dos focos da promoção da saúde, uma vez que o acesso ao mais alto nível de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todos os seres humanos sem discriminação (WHO, 1986, 2005)

Assim, as políticas e parcerias desenvolvidas no sentido da capacitação das comunidades e alcance da equidade em saúde devem assumir um papel central ao nível do desenvolvimento nacional e global (WHO, 2005), de forma a reduzir as disparidades no estado de saúde das populações, assegurando meios e oportunidades semelhantes para habilitar todos os indivíduos a alcançar por completo o seu potencial de saúde. Para tal, é necessário que cada um seja capaz de controlar os fatores determinantes da sua saúde (WHO, 1986).

Desta forma, a promoção da saúde, nos termos da Carta de Otawa, contempla cinco pilares fundamentais: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde, revelando-se mais eficazes as abordagens que combinam estes cinco pontos essenciais, em detrimento de abordagens mais limitadas (WHO, 1986, 1997).

As decisões de âmbito político influenciam, de inúmeras formas, a saúde das comunidades. Desta forma, a saúde deve ser assumida como uma prioridade das entidades governamentais. Neste sentido, a política de promoção da saúde exige o reconhecimento e eliminação de barreiras impeditivas da adoção de políticas públicas saudáveis nos setores não diretamente ligados à saúde, combinando fatores como legislação, taxações, medidas fiscais e mudanças organizacionais, de forma a atingir uma maior equidade em saúde (WHO, 1986).

Para atingir esta equidade, as políticas devem ser coerentes a todos os níveis governamentais e não-governamentais, incluindo o setor privado. “Essa coerência fortalecerá a conformidade, transparência e responsabilidade com acordos e tratados internacionais que afetam a saúde” (WHO, 2005, p. 2)

A equidade em saúde exige também, a criação de ambientes favoráveis à saúde, referentes a aspetos físicos e sociais envolventes, onde as pessoas trabalham, residem e passam o seu tempo livre, que promovam o acesso às oportunidades de capacitação (empowerment) e recursos vitais. A criação destes ambientes impõe o reconhecimento de uma sociedade complexa, assim como das relações de interdependência entre diversos setores: físico, espiritual, social, político e económico (WHO, 1986, 1999).

Também o impacto causado pelas alterações ambientais na saúde deve ser acompanhado sistematicamente e seguido de ações promotoras de benefícios para a saúde das populações, devendo a proteção do meio-ambiente e a preservação dos recursos naturais integrarem qualquer estratégia de promoção da saúde (WHO, 1986).

Ações governamentais coordenadas e incisivas em torno dos determinantes da saúde e do bem-estar são, cada vez mais, requeridas por indústrias e comunidades, sendo que o favorecimento de condições de vida e trabalho seguras passa por uma conscientização da necessidade de ajuda, onde cada um se deve responsabilizar não apenas por si, mas também pelo outro, pela comunidade e pelo meio-ambiente natural (WHO, 1986, 2010).

Assim, a atuação comunitária efetiva e concreta é fundamental no âmbito da promoção da saúde, sendo que “as localidades oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes” (WHO, 1997).

Esta atuação visa a melhoria das condições de saúde através do desenvolvimento das prioridades na definição de estratégias e sua implementação e na tomada de decisão, sendo o empoderamento das comunidades o centro de todo o processo. Para tal, é essencial um completo acesso à instrução e informação e a oportunidades de aprendizagem no que concerne ao âmbito da saúde, de forma a permitir a participação eficiente das comunidades (WHO, 1986, 1997).

Antonovsky (1996) refere que caso fosse alcançada a vinculação efetiva das pessoas em práticas e comportamentos promotores da saúde, “haveria uma diminuição imensa do sofrimento humano” (1996, p. 12), referindo ainda o grande impacto económico que seria alcançado pelo sucesso da promoção da saúde, inerente, por um lado, à diminuição da necessidade de cuidados e despesas associadas com a doença, e por outro, ao aumento da produtividade económica das pessoas.

O EEEEC assume, neste âmbito, um papel fulcral, por possuir as competências necessárias para estabelecer, “com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (regulamento ° 428/2018, de 16 de julho, p. 19355). Neste contexto, “procede à elaboração do diagnóstico de saúde (...) [e] estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (regulamento ° 428/2018, de 16 de Julho, p. 19355), de forma a formular objetivos e estratégias face às mesmas, visando

a resolução dos problemas detetados (regulamento nº 428/2018, de 16 de Julho).

Esta atuação conduz também ao atingimento de outra das metas da promoção da saúde, o desenvolvimento pessoal e social e o reforço das habilidades vitais. É fulcral o reconhecimento das pessoas como o primordial recurso para a saúde, assim como a sua capacitação para que se mantenham saudáveis, e mantenham saudáveis as suas famílias e comunidades, através das mais diversas formas de apoio (WHO, 1986).

Desta forma, alarga-se o leque de possibilidades à disposição das populações, que assim possuem maior controle sobre o meio-ambiente e sobre a sua própria saúde, sendo também mais eficazes na responsabilização, quer dos governos, quer do setor privado, no que concerne às suas políticas e ações sobre a saúde (WHO, 1986, 2005).

A capacitação para a aprendizagem ao longo de toda a vida quer seja nas escolas, lares, locais de trabalho ou outros espaços comunitários, revela-se assim fulcral, de forma a preparar as pessoas para as distintas fases da vida (WHO, 1986).

Este compromisso com a promoção da saúde deve ser compartilhado por todos os serviços integrantes do sistema de saúde, de forma a promover uma reorientação dos serviços e dos recursos disponíveis para a promoção da saúde, fomentando a participação dos profissionais de saúde, indivíduos, grupos e comunidades (WHO, 1986).

Como tal, é também necessário que o setor da saúde trabalhe em parceria com outros setores, melhorando a sua capacidade de coordenação de forma a obter ganhos em saúde e ampliar o bem-estar das comunidades (WHO, 2010). Neste sentido, é exigido um maior investimento na pesquisa em saúde, assim como nas necessidades globais do indivíduo (WHO, 1986).

Através destes princípios fundamentais, a OMS clama o reconhecimento da saúde e sua conservação como o desafio supremo, devendo representar o principal investimento social a nível governamental. Como tal, o compromisso por uma robusta coligação em torno da saúde pública deve unir o esforço de todos.

Pese embora o facto de estas diretrizes da OMS remontarem a 1986, os princípios para a promoção da saúde, conforme definidos na Carta de Ottawa, são ainda promulgados como o cerne estratégico a adotar, por conduzirem a reais benefícios no âmbito da saúde (WHO, 2013).

Contudo, “o contexto global para a promoção da saúde mudou significativamente desde o [seu] desenvolvimento” (WHO, 2005, p. 2), sendo de salientar alguns fatores fulcrais que atualmente influenciam a saúde, como o aumento das desigualdades dentro e entre países; as alterações ambientais globais ou o avanço das tecnologias de informação, que conduzem a novos padrões de consumo e comunicação (WHO, 1997, 2005)

A nível nacional, o PNS – Revisão e Extensão a 2020 enfatiza a promoção da saúde como um dos motores de desenvolvimento económico e coesão social. Também o relatório “Um Futuro para a Saúde” (Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2014) apela

“a uma transformação do sistema atual, centrado nos hospitais e na doença, (...), para um sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos cuidados de saúde.” (Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2014, p. 27).

A construção discursiva em torno da transversalidade da saúde nas demais políticas sociais e económicas e da centralidade na parceria efetiva dos cidadãos nas tomadas de decisão, tem desde então assumido carácter sistemático. Apesar disso, a realidade tem vindo a demonstrar que a transferibilidade e mobilização dos discursos é lenta e mediatizada por lógicas ainda muito setorizadas e com ênfase mais nas fraquezas do que nas forças individuais e coletivas.

Nesta linha de pensamento, a promoção da saúde na infância e terceira idade foi, desde logo, um foco de primordial atenção das organizações internacionais e nacionais. Contudo, a idade jovem adulta, que para além de constituir uma fase de transição sujeita a inúmeras vulnerabilidades, possui um potencial que, abordado numa lógica salutogénica e multisetorial nos termos dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) preconizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), só nos últimos anos tem merecido maior atenção.

Em Portugal, os desafios relacionados à idade jovem, apenas em 2006 suscitaram maior atenção a nível governamental, sentindo-se a necessidade de repensar

“as questões do bem-estar e da saúde da população juvenil [no sentido de] adequar, de forma mais efetiva, a abordagem às necessidades dos indivíduos no grupo etário 20-24 anos [de forma a] apoiar, educar, proteger e prevenir eventuais repercussões negativas para a saúde causadas pelos novos desafios de carácter laboral, académico e de socialização que encaram” (DGS, 2006, p. 6).

Como tal, a promoção da saúde juvenil afigura-se como um importante investimento no que concerne a ganhos em saúde, tanto em plano individual como coletivo, representando um importante tributo para o desenvolvimento e bem-estar das comunidades (DGS, 2006).

Neste âmbito, o ensino superior dispõe da responsabilidade e oportunidade únicas de proporcionar uma educação transformadora, representando uma parte essencial de qualquer estratégia de promoção da saúde (WHO, 2015). Desta forma, é de vital relevância o investimento em ações de promoção da saúde neste contexto de ensino, como salienta a carta de Okanagan, que a considera um veículo revolucionário e fortalecedor da saúde

e sustentabilidade da atual e futura sociedade, objetivando

“orientar e inspirar ações, fornecendo uma estrutura que reflita os mais recentes conceitos, processos e princípios relevantes para a Promoção da Saúde em meio universitário, com base nos avanços desde a Carta de Edmonton (2005); gerar diálogo e pesquisa que amplie a nível local, regional, nacional e internacional e acelera a ação dentro, fora e entre campus; mobilizar ações internacionais e intersetoriais para a integração da saúde em todas as políticas e práticas, promovendo assim o desenvolvimento contínuo de universidades e faculdades promotoras de saúde” (WHO, 2015, p.3).

Constitui-se uma oportunidade para a promoção de respostas adaptativas a uma das transições de vida que cada vez envolve mais jovens. De facto, desde 2014 que o número de estudantes inscritos no ensino superior tem vindo a aumentar anualmente (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2019; Granado [et al.], 2005; Garcia, 2001; Seco [et al.], 2005). Assim, sendo esta uma realidade muito positiva, pois durante séculos, o acesso ao ensino superior revelou-se exclusivo apenas para um número restrito de estudantes (Garcia, 2001), assegurar “o desenvolvimento saudável das populações juvenis (...) [constitui] um aspeto estratégico importante na vida de qualquer comunidade” (DGS, 2006, p.11), consubstanciando a promoção da saúde neste *setting* ainda desprotegido.

A idade jovem é caracterizada como uma fase de desenvolvimento em que se processa uma busca por si próprio e um sentido para a vida, durante um processo de construção da própria identidade, busca de autonomia e de novas relações amorosas e de amizade significativas (Silva & Costa, 2005), sendo que a capacitação dos EES representa um potencial de controle da sua própria saúde e de promoção dos seus determinantes (WHO, 2016).

O EEEEC assume, nesta área, o importante papel de contribuir para este processo de capacitação, o que exige também a aposta em atividades de educação e promoção da saúde (Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho), recorrendo e mobilizando recursos do *campus* e da comunidade, designadamente os próprios estudantes, de forma a maximizar o alcance e a eficácia das iniciativas promotoras de saúde (ACHA, 2012).

Assim, o meio académico converter-se-á num espaço promotor de saúde, e dará lugar à dinamização de estratégias multiníveis mobilizadoras de conhecimentos e promotoras de comportamentos e ambientes saudáveis (WHO, 2016).

As iniciativas promotoras da saúde visam a expansão dos fatores de proteção e dos pontos fortes do *campus*, assim como a redução dos fatores de risco para a saúde dos indivíduos e comunidade académica, em alinhamento com valores de inclusão, respeito, igualdade e equidade e com as missões e valores de cada instituição (ACHA, 2012).

A exposição a um novo ambiente educacional, que pode também acarretar um

afastamento do lar de infância, representa uma oportunidade para aperfeiçoar aptidões e questionar pressupostos existentes. Assim, os jovens encontram a sua própria forma de olhar o mundo, enquanto enfrentam mudanças a nível psicossocial, cognitivo, moral e ético (Papalia e Feldman, 2013).

Para a grande maioria dos jovens estudantes, a entrada para o ensino superior é percebida como uma nova vida, repleta de diversos desafios a vários níveis e associada à possibilidade de construir novas amizades, relacionamentos e projetos, o que acarreta também maiores responsabilidades e oportunidades de exploração (Seco [et al.], 2005)

Desta forma, o jovem atravessa uma fase de transição de um estado de maior dependência, para uma fase de maior autonomia, “transição que requer ao estudante um processo de separação e individualização, por vezes tumultuoso, ainda que necessário” (Seco [et al.], 2005, p. 17).

De facto, a transição para o ensino superior

“confronta os jovens com inúmeros desafios e mudanças - a separação da família e dos amigos, a adaptação a um conjunto de novas tarefas e exigências pessoais, sociais e académicas - com implicações nos seus níveis de sucesso e de satisfação, quer com a vida em geral, quer com a dimensão académica em particular” (Seco [et al.], 2005, p. 18).

Segundo Almeida [et al.] (1999), os jovens adultos que ingressam no ensino superior são confrontados com a necessidade de desempenho de importantes tarefas em quatro domínios: o domínio académico, que exige constantes adaptações às estratégias de aprendizagem e ensino, assim como aos sistemas de estudo e avaliação; o domínio social, que acarreta a progressão de padrões de relacionamento mais amadurecidos, quer seja com colegas, amigos, professores ou familiares; o domínio pessoal, que exige uma maior consciência de si e o desenvolvimento de um sentido de identidade e de uma visão pessoal do mundo; e finalmente, o domínio vocacional, que se relaciona com o desenvolvimento de um projeto e de uma identidade vocacional.

Assim, a entrada no ensino superior representa um período de maior vulnerabilidade, podendo desencadear dificuldades e crises de desenvolvimento, até então impercetíveis pelo facto de o jovem se encontrar num meio que percecionava como mais seguro e por, até então, lhe ser exigido um menor grau de autonomia e trabalho (Seco [et al.], 2005). Desta forma, esta fase transitória vivenciada pelos jovens EES pode acarretar alterações ao nível do seu bem-estar psicológico.

Abordando o conceito de bem-estar psicológico, Ryff (1989a) procurou identificar os pontos de convergência de diferentes modelos teóricos, concluindo que este deve ser identificado segundo a presença de recursos psicológicos efetivos.

Desta forma, para o autor, o bem-estar psicológico constitui-se por seis dimensões

nucleares: *Autoaceitação* (definida como uma característica central da saúde mental, bem como de autorrealização e maturidade); *Relações positivas com os outros* (preconiza que a capacidade de amar, de estabelecer relações de proximidade, empatia e afeição constitui uma componente central da saúde mental); *Autonomia* (ênfatisa a relevância de características como a autodeterminação, independência e capacidade de controlo comportamental); *Domínio do meio* (refere que a capacidade de eleição ou criação de ambientes favoráveis à condição psíquica de cada um constitui também uma característica fundamental de maturidade e saúde mental, sendo que o desenvolvimento normal do ciclo de vida pressupõe a capacidade de manipular e controlar ambientes complexos, conseguindo retirar vantagem das oportunidades que o meio confere. Tais capacidades constituem pilares essenciais de um funcionamento psicológico positivo); *Objetivos de vida* (um funcionamento psicológico positivo implica o estabelecimento de objetivos de vida, intencionalidade e sentido de orientação, o que contribui para o sentimento de que a vida tem um propósito e um significado) e *Crescimento pessoal* (o desenvolvimento do potencial de cada um, que conduz ao crescimento enquanto pessoa, constitui uma característica central de um funcionamento psicológico ideal) (Ryff, 1989b).

Assim, estas dimensões são propostas como importantes não só no âmbito da saúde mental, como no âmbito da saúde em geral (Ryff & Singer, 1998).

Face a todas as exigências impostas aos jovens EES, esta aceitação de si mesmo, autonomia, domínio do meio, estabelecimento de relações positivas, crescimento pessoal e estabelecimento de objetivos de vida, pode apresentar-se dificultada, expondo os jovens estudantes a situações que podem propiciar um maior risco de desenvolvimento de transtornos de saúde mental (Cleary e Jackson, 2011; Johnson e Kerr, 2010; Verger [et al.], 2009).

Segundo a OMS, o conceito de saúde mental inclui a “autoeficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional e reconhecimento da capacidade de realização do potencial intelectual e emocional de cada um” (WHO, 2003, p.7), consistindo uma ferramenta fulcral na melhoria das competências de indivíduos e comunidades. Como tal, deve constituir uma preocupação para todos, e não apenas para aqueles que sofrem de algum transtorno mental (WHO, 2003).

Assim, a saúde mental constitui um pilar da saúde pública e um dos seus mais importantes desafios da atualidade, pois é essencial para o bem-estar e funcionamento pleno dos indivíduos e das comunidades (OMS, 2009; CNS, 2019). Posto isto, é necessário ter em conta a existência de vários fatores que contribuem para a redução da qualidade da saúde mental, sendo que a vulnerabilidade face a acontecimentos da vida adversos varia de pessoa para pessoa. Desta forma, certos acontecimentos de vida tendem a precipitar transtornos em alguns indivíduos, “particularmente a nível de perturbação da ansiedade ou

do humor” (DGS, sem data, p.1).

Pese embora “a sua importância central no bem-estar dos indivíduos e impacto transversal na sociedade, a saúde mental, e em particular a sua promoção, a nível nacional, não tem sido efetivamente uma prioridade ao nível das políticas de saúde e das comunidades” (CNS, 2019), apesar de o Programa Nacional para a Saúde Mental apresentar como objetivos, até 2020, o desenvolvimento da promoção da saúde mental e dos programas de prevenção e intervenção precoce, através da integração da saúde mental em todas as políticas e de uma cooperação entre vários sectores; o fortalecimento do conhecimento baseado na evidência científica e a partilha de boas práticas na saúde mental; e a redução do impacto das perturbações mentais e contribuição para a promoção da saúde mental das populações (DGS, 2017).

Perante esta realidade, deverão ser estratégias recomendadas para lhe fazer face, o desenvolvimento da interligação entre as IES e promotores externos de saúde mental, assim como o aumento da conscientização dos estudantes acerca dos meios de apoio disponíveis dentro e fora do meio académico (Storrie [et al.], 2010).

Importa, neste contexto, ter ainda presente que o estigma e a discriminação são ainda uma realidade vivida pelas pessoas com problemas de saúde mental, pelo que o apoio social associado a medidas concretas de promoção da saúde que visem uma abordagem integrativa, são fundamentais para que estas pessoas possam usufruir de uma participação plena na sociedade (CNS, 2019).

Neste sentido, revela-se indispensável “a articulação entre as equipas de Saúde Mental da Infância e Adolescência e os Cuidados de Saúde Primários (CSP) (...) para um trabalho integrado mais coeso e eficiente.”, pois os CSP “estão mais vocacionados para uma intervenção na comunidade, (...) pelo conhecimento das necessidades e recursos locais.” (NDGS 010/2013, p. 35).

Como tal, o trabalho de articulação entre o EEEC e as equipas de Saúde Mental da Infância e Adolescência

“permite melhorar: a deteção precoce de situações de risco e intervenção atempada; a eficácia da intervenção em situações complexas e com forte vertente social/comunitária [e] a implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce” (NDGS 010/2013, p. 35).

A referência específica à saúde mental, englobada pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que integram a agenda 2030 da ONU, refletem uma transformação da visão sobre esta problemática e proporcionam uma oportunidade inigualável de investimento em ações concertadas que objetivem a promoção da saúde mental e a redução da contribuição dos transtornos mentais na carga de doença global (Patel [et al.], 2018).

Os ODS vieram, assim, enfatizar uma necessidade de renovação da implementação de uma abordagem de saúde pública, que atenda não apenas às necessidades das pessoas afetadas por problemas de saúde mental e seus familiares, mas também aos determinantes de saúde mental, normalmente externos ao setor da saúde, como são exemplo as iniquidades sociais (WHO, 2018).

Em Portugal a informação aprofundada sobre a saúde mental dos EES é escassa, nomeadamente quando temos por referência a saúde mental numa perspetiva positiva (Nogueira e Sequeira, 2017), vista como a presença de bem-estar e não apenas como a ausência de psicopatologia nos indivíduos (Trompetter [et al.], 2016).

Assim, o EEEEC, confronta-se com um contexto de múltiplas mudanças, quer das necessidades de saúde dos EES, quer dos paradigmas subjacentes a abordagens mais efetivas e participativas da promoção da saúde e da saúde mental.

A saúde mental numa perspetiva positiva foi declarada como necessária ao bem-estar e funcionamento efetivo individual, comunitário e social pela OMS em 2004. “Boa saúde mental permite que as pessoas realizem o seu potencial, lidem com o *stress* normal da vida, trabalhem produtivamente, e contribuam para as suas comunidades” (WHO, 2013, p. 5).

Articulando com uma perspetiva salutogénica, verifica-se a preocupação com os fatores promotores da saúde, e não apenas com os fatores causadores de doença (Antonovsky, 1987).

2. Modelo Salutogénico e Sentido de Coerência

A Teoria Salutogénica, proposta por Antonovsky, é considerada uma nova abordagem para a promoção da saúde no âmbito da literatura da saúde, visto que busca compreender o que concebe a saúde dos indivíduos, tendo em conta haver pessoas capazes de gerir a sua vida, apesar do enfrentamento de condições e situações nefastas (Eriksson e Lindstrom, 2008).

Neste sentido, a Salutogénese é compreendida como um processo de capacitação que possibilita aos indivíduos a tomada de decisão sobre as suas vivências, promovendo a capacidade de superação perante as adversidades e assumindo como foco essencial a promoção da saúde positiva (Eriksson e Lindström, 2008).

Este novo termo, apresentado por Antonovsky (1979), com origem no latim “*salus*” (saúde) e no grego “*genesis*” (origens), surge em contraposição ao termo “*patogénese*”, descrita como a génese da patologia, que caracteriza o modelo biomédico, cujo foco é a causa da doença (Engel, 1977).

Pese embora este foco distinto, Antonovsky (1991) considera que a visão salutogénica da saúde deve acompanhar a orientação patogénica, e não necessariamente substituí-la, uma vez que a orientação salutogénica não representa simplesmente a contraposição à orientação patogénica. Sendo que, a abordagem patogénica leva à busca da origem e tratamento da doença, a abordagem salutogénica não refere o contrário. Contudo, numa perspetiva salutogénica, a simples busca da origem e tratamento da doença torna-se insuficiente, tornando-se essencial a resposta à questão de como é que um indivíduo se mantém mais ou menos saudável no contínuo saúde-doença.

Antonovsky (1987) parte então da conceção inicial de que a saúde e a doença se integram num mesmo contínuo de disfuncionalidade-caus/funcionalidade máxima que abrange todos os indivíduos, sendo que cada um progride ou regride no mesmo, relativamente aos seus polos. Na tentativa de perceber o que facilita e promove a saúde do indivíduo, Antonovsky debruçou-se sobre o estudo das forças ou recursos que reduzem o caos, sendo que a forma como cada indivíduo lida com a tensão criada por fatores stressores condicionará a sua movimentação ao longo deste contínuo.

Para o autor, a exposição a situações de risco constitui parte integrante da vivência humana, pelo que importa perceber como se poderá viver bem na presença de fatores condicionantes e stressantes, e ainda como se poderão retirar vantagens de alguns deles. Desta forma, dedicou a sua atenção aos recursos que se apresentam ao dispor dos indivíduos para lidar com a vasta diversidade de fatores stressores e patogénicos que, inevitavelmente, terá de enfrentar (Antonovsky, 1987).

Segundo o modelo salutogénico, a saúde de um indivíduo é determinada através da interação de ameaças ambientais, designadas por estímulos, recursos generalizados de resistência (RGR) que o indivíduo tem ao seu dispor e a força do seu Sentido de Coerência (Antonovsky, 1979; Lindstrom e Eriksson, 2005).

Estes recursos são designados de “gerais” por serem efetivos em qualquer tipo de situação, e são apelidados como “de resistência” por permitirem o aumento da aptidão da pessoa se relacionar positivamente com fatores hostis, proporcionando assim um reforço da capacidade de resistência da pessoa (Lindström e Eriksson, 2005).

Os RGR constituem-se por características genéticas, psicossociais e constitucionais. Os últimos integram conhecimento/inteligência; recursos materiais; estratégias de coping, como a flexibilidade e a racionalidade; estabilidade cultural; suporte social; religião e orientação para evitamento de situações que coloquem em causa a saúde (Antonovsky 1979, 1987; Lindström e Eriksson, 2005).

Segundo Antonovsky (1979), um RGR consiste numa determinada característica (física, cognitiva, relacional, entre muitas outras) de um indivíduo, grupo primário, subcultura ou sociedade, que se revela eficaz no evitamento ou combate de uma grande variedade de stressores, evitando assim que a tensão se transforme em *stress*.

Estes recursos incluem os recursos generalizados, aplicáveis a uma vasta gama de contextos; e os recursos especializados, que constituem recursos específicos aplicáveis a circunstâncias particulares (Eriksson, 2017). Ambos coexistem no indivíduo, no grupo, e a todos os níveis da sociedade e podem apresentar naturezas diversas: genética, psicossocial, cultural e espiritual, material, entre outras (Antonovsky, 1979; Lindstrom e Eriksson, 2005)

Os RGR consistem num conjunto de experiências de vida “caracterizadas por consistência, participação na formação de resultados e um equilíbrio entre subcarga-sobrecarga” (Antonovsky, 1979, p. 187), sendo que “essas repetidas experiências de vida constroem o SOC” (Antonovsky, 1987, p. 19).

Segundo Nunes (1999), os RGR podem ser agrupados nas seguintes dimensões:

- *Físicos ou bioquímicos*, como os imunossupressores;
- *Artefactuais e materiais*, como as condições monetárias ou o *status* social, que permite o acesso a, por exemplo, uma alimentação equilibrada ou a bons cuidados de saúde;
- *Cognitivos*, como é o caso da inteligência e do conhecimento, assim como de uma educação estimuladora de novas capacidades e conhecimentos relativos a várias áreas, como sobre comportamentos de risco a evitar, ou sobre os direitos fundamentais do ser humano;
- *Emocionais*, que englobam a identidade do ego;

- *Interpessoais*, como o apoio social ou o empenho pessoal;
- *Macro socioculturais*, compostos pelos recursos providos pela cultura e estruturas sociais, como é o caso do sentimento de pertença religiosa ou política

Desta forma, os RGR constituem o pilar para o desenvolvimento de um forte SOC.

Para Antonovsky o SOC consiste numa orientação global que define e expressa a capacidade com que cada indivíduo, através de um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara

“(1) os estímulos derivados do seu ambiente interno e externo, no curso da vida, como estruturados, previsíveis e explicáveis; (2) os recursos (...) [como] disponíveis para atender às exigências apresentadas por esses estímulos, e (3) as exigências (...) [como] desafios dignos de investimento e engajamento” (Antonovsky, 1987, p. 19)

Esta orientação global referida pelo autor foca os três componentes essenciais do SOC, nomeadamente a capacidade de compreensão, capacidade de gestão e capacidade de investimento (Antonovsky, 1987), referindo que pessoas com um forte SOC tendem a identificar uma maior diversidade de RGR à sua disposição (Antonovsky, 1993). Desta forma, a edificação do SOC reflete a aptidão de um indivíduo responder perante situações stressantes (Eriksson e Lindström, 2005).

Direcionando o olhar para cada um dos três componentes do SOC, entendemos que:

- A *capacidade de compreensão* corresponde à componente cognitiva e diz respeito à capacidade de apreensão dos estímulos do meio interno e externo como informação consistente, ordenada, clara e estruturada demonstrada por cada pessoa. Uma elevada capacidade de compreensão permitirá perceber os estímulos futuros como previsíveis, ordenados e explícitos;
- A *capacidade de gestão* consiste na componente instrumental/comportamental e na percepção individual de que os recursos estão ao seu dispor e se adequam às exigências solicitadas pela situação de estímulo com que se depara. Os referidos recursos poderão ser pessoais ou sociais, estando incluídos os contributos de pessoas significativas;
- A *capacidade de investimento* consiste na capacidade individual de perceber que os acontecimentos da vida fazem sentido, pelo que são merecedores de investimento. Diz respeito à amplitude que cada um atribui à significância emocional da vida, sentindo que vale a pena investir energia na resolução dos problemas. Trata-se da componente motivacional do sentido de coerência, considerada pelo autor como a mais relevante (Antonovsky, 1987).

Como tal, um elevado nível de SOC possibilita ao indivíduo a compreensão dos eventos da vida como desafios, e não como ameaças (capacidade de investimento), que ocorrem devido a uma razão (capacidade de compreensão), sendo que, mesmo que a situação fuja ao seu controle pessoal, poderá ser manipulada por algum recurso à sua disposição (capacidade de gestão). Esta abordagem das vivências da vida, possibilitada por um elevado SOC, protege os indivíduos do *stress* (Antonovsky, 1979). O SOC consiste, assim, numa orientação global que permite encarar a vida como estruturada, gerenciável e significativa, constituindo uma forma pessoal de ser, refletir e agir, impelida por um sentimento de confiança, que conduz os indivíduos a uma identificação própria e permite-lhes o uso e benefício dos recursos à sua disposição (Eriksson e Lindström, 2005).

Desta forma, reflete também a capacidade de identificação dos recursos disponíveis, internos ou externos, e a capacidade de usá-los de forma a promover a saúde e o bem-estar, constituindo uma característica intrínseca a todos os indivíduos, que difere de pessoa para pessoa, pelo que consiste numa variável significativa na capacidade de lidar com os estímulos stressores (Nunes, 2002).

Antonovsky (1987) destaca ainda que o SOC consiste numa orientação que emerge a partir da infância, adolescência e início da idade adulta. Contudo, o autor ressalva que esta orientação é passível de alterações durante e após a idade adulta, admitindo assim uma certa suscetibilidade de alteração, embora considera que, na idade adulta, este já se encontraria estabilizado.

Assim, o SOC permite uma coerente perceção do mundo, possibilitando lidar eficazmente com a pressão associada aos fatores stressores e capacitando o indivíduo a situar-se numa posição saudável no contínuo saúde-doença (Antonovsky, 1987). Desta forma, constitui uma mais-valia no “desenvolvimento de metodologias de intervenção que visam reforçar a capacidade de os indivíduos gerirem, de modo saudável, a sua exposição a fatores traumáticos de natureza psicossocial” (Nunes, 2002, p. 1).

Segundo Antonovsky (1996), existem três tipos de experiências que moldam a força do SOC de cada um: consistência, equilíbrio de subcarga-sobrecarga e participação em tomadas de decisão socialmente valorizadas. A relevância concedida a cada experiência de vida será determinada por diversos fatores, como a posição social e laboral, fatores culturais, estrutura familiar, entre muitos outros, como o acaso ou a genética.

O autor considera que o SOC é decisivo e facilitador no que concerne à movimentação da pessoa para o polo da saúde, no contínuo saúde/doença, possuindo, assim, um forte potencial de funcionamento como guia teórico sistemático de pesquisa e ação no âmbito da promoção da saúde (Antonovsky, 1996)

Relativamente à importância do SOC no âmbito da promoção da saúde, esta é também reconhecida pela OMS, que o insere nas linhas orientadoras das macro-políticas da promoção da saúde mental do século XXI (Nunes, 2002).

A OMS reconhece que um SOC e pertença devem ser construídos desde a infância, tendo um papel importante a desempenhar na aquisição de recursos e capacidades de enfrentamento impostos ao longo da vida. Desta forma, propõe como estratégia para a melhoria da saúde mental das populações, a promoção de “condições de vida e trabalho adequadas à obtenção de um SOC e relações sociais” (WHO, 1999, p. 173).

Antonovsky (1993), propõe um modelo de processamento de informação centrado na teoria dos sistemas como forma de apreensão constante da realidade dos conflitos indeclináveis que acompanham o ser humano, onde o construto do SOC é nomeado como o núcleo da organização de um sistema humano complexo, que permitirá o processamento bem-sucedido de energia e informação, possibilitando assim a resolução de conflitos. Desta forma, a teoria salutogénica e o seu conceito-chave, o SOC, podem e devem ser aplicados a nível coletivo, e não apenas a nível individual.

Visando as medidas tomadas no sentido de capacitar o cidadão a influenciar e participar nos processos de decisão socialmente reconhecidos, Bengel [et al.] (1999) consideram que constituem a forma mais promissora de influência sobre o SOC. Como tal, é de fulcral relevância a construção de uma sociedade na qual as crianças e adolescentes usufruam de experiências consistentes, possam resolver estados de tensão e possam participar nos processos de decisão.

Assim, um dos principais fundamentos do paradigma salutogénico prende-se com a criação de ambientes que disponibilizem às crianças e jovens os recursos necessários à construção de um forte SOC, devendo as medidas a adotar apoiar os fatores sociais, culturais e individuais. Estas medidas devem visar a capacitação das crianças e jovens, através da multiplicidade de consistentes experiências, que permitirão um equilíbrio entre sobrecarga e subcarga (Bengel [et al.], 1999).

Esta ação de capacitação, segundo Antonovsky, deve focar-se na seguinte questão: “O que pode ser feito nesta “comunidade” (...) para fortalecer a capacidade de compreensão, de gestão e de investimento das pessoas que a constituem?” (Antonovsky, 1996, p. 6)

Nesta linha de pensamento, centrada na comunidade abrangida pelo presente estudo, os EES, perspetiva-se o SOC como recurso necessário para encararem com sucesso esta nova etapa da vida, de forma que possam retirar o máximo proveito de todas as experiências vivenciadas, encarando-as como oportunidades, e não como obstáculos.

Esta multiplicidade de novas experiências que os EES vivenciam são suscetíveis a influências por diversos fatores, como o meio ambiente envolvente, atualmente muito

marcado por um assombroso desenvolvimento tecnológico sem precedentes.

No universo da comunicação, as redes sem fios alcançaram um crescimento exponencial, “sendo a disseminação global dos telemóveis a face visível desse crescimento” (Castells [et al.], 2009).

Atualmente, os jovens cultivam uma cultura “em rede”, tendo por base os grupos de pares formados na escola ou na comunidade. A popularização dos *smartphones* fortalece e alarga as redes juvenis já existentes, elevando-as a outro nível, “onde a interação face-a-face é equivalente à comunicação através do telemóvel e onde se forma uma ‘comunicação íntima a tempo inteiro’” (Castells [et al.], 2009, p. 216)

Notoriamente, o atual e evoluído contexto tecnológico permite-nos uma grande oferta de possibilidades de comunicação e de acesso à informação, através da utilização das novas tecnologias de informação e comunicação. O franco desenvolvimento desta era digital mudou a nossa forma de viver, de comunicar e de adquirir conhecimento, o que nos pode trazer inúmeras vantagens, “desde que se consiga obter equilíbrio entre a informação, o conhecimento e a sabedoria” (Furlan e Nicodem, 2017, p. 3).

No que concerne à idade jovem, na qual se insere a maioria dos EES, e tendo em conta esta atual realidade tecnológica, o *smartphone* é visto como central na construção da identidade (Castells [et al.], 2009), pelo que a busca por um equilíbrio, que reduza o impacto das possíveis consequências nefastas da sua utilização, torna-se necessário e urgente, constituindo um desafio á promoção da saúde deste *setting* específico, como será possível constatar no capítulo seguinte.

3. Nomofobia em estudantes do ensino superior: um desafio à promoção da saúde

As novas tecnologias têm apresentado um assombroso desenvolvimento nos últimos anos e encontram-se substancialmente presentes no dia-a-dia do ser humano, permitindo o rápido acesso a um vasto leque de recursos e serviços. De entre estes destaca-se a Internet, que quase instantaneamente nos permite a pesquisa sobre os mais variados temas, acesso ao correio eletrónico e redes sociais, entre muitas outras funcionalidades (Kawabe [et al.], 2019; Kheyri [et al.], 2019)!

É inegável que o uso da internet se evidencia contínua e progressivamente em todas as esferas da nossa vida, seja em atividades de lazer e entretenimento, na forma como as relações sociais se estabelecem ou na busca sobre informação sobre os mais diversos temas (Mayer, 2011).

Mayer (2011) apelidou os jovens da atualidade de “nativos digitais”, dada a facilidade de uso que apresentam no que concerne às novas tecnologias digitais, que lhes proporciona rápido acesso a diversos conteúdos e facilidade de manutenção de um elevado número de contactos e relações sociais. Um dos grandes benefícios da internet prende-se também com o facto de muitos jovens estudantes a utilizarem como fonte de aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências. O autor salienta ainda que

“o uso correto da Internet é benéfico e os profissionais de saúde devem continuar muito atentos aos avanços que ocorrem em torno das tecnologias de informação e comunicação e, principalmente, na forma como os adolescentes as utilizam, favorecendo a pesquisa e a promoção da saúde na Atenção Básica e o uso da Internet como meio que pode servir para oferecer mensagens claras e diretas aos adolescentes e jovens em geral.” (Mayer, 2011, p. 288)

Não obstante todas as vantagens, o desenvolvimento tecnológico acarreta também nefastos efeitos colaterais, como a dependência ou a desumanização das relações humanas (Moustafa, 2016; Jilisha [et al.], 2019)

O termo “Nomofobia” surge em consequência desta dependência, e consiste no medo da impossibilidade de comunicação através do *smartphone*. Trata-se de um transtorno que causa ansiedade e angústia, no caso de perda de contacto com o *smartphone* (Cabrera [et al.], 2017; Báez e Ramírez, 2016; Manno e Rosa, 2018; Villar, Grau e Colet, 2017). É considerada uma fobia da era moderna, que emergiu da interação entre os indivíduos e as novas tecnologias móveis, sobretudo os *smartphones* (Yildirim e Correia, 2015, Daei, Rizi e Soleymani, 2019; Carrión [et al.], 2018), sendo um dos novos distúrbios mais comuns no mundo (Darvishi [et al.], 2019), embora consista num fenómeno psicológico relativamente recente, sendo ainda escassa a informação acerca do seu potencial impacto ou implicações (Cain e Malcon, 2019).

3.1. Utilização das Tecnologias de informação: a procura por um equilíbrio

O aparecimento da Internet, assim como o desenvolvimento das tecnologias que lhe são associadas, veio mudar drasticamente o quotidiano da sociedade, levando os utilizadores a passar cada vez mais tempo online, sendo o tempo passado com os seus pares, na vida real, cada vez mais diminuído (Tateno [et al.], 2019).

De facto, a Internet veio revolucionar a forma como o conhecimento é produzido, armazenado e disseminado, economizando muitas horas de pesquisa em bibliotecas ou compras em espaços físicos, sendo que, para os EES, representa uma ferramenta fulcral no dia-a-dia académico. O seu uso moderado e saudável, por si só, não representa riscos significativos, sendo de um modo geral, benéfico para os utilizadores (Moustafa, 2016; Jilisha [et al.], 2019; Pontes [et al.], 2016).

Direcionando o olhar para os ESS, as tecnologias digitais influenciam a forma de comunicação, consumo e partilha de informação e conteúdos. O pleno de utilização da internet é atingido pela faixa etária entre os 15 e os 34 anos, sendo a sua taxa de uso maior, quanto mais elevado o grau de escolaridade (Markttest, 2019; Entidade Reguladora para a Comunicação Social, 2016).

Em Portugal Continental, 6 milhões e 387 mil dos residentes com 15 ou mais anos, utilizam Internet, um valor correspondente a 74,6% (Markttest, 2019).

De facto, o desenvolvimento tecnológico proporciona inúmeros benefícios no dia-a-dia de todos nós. Contudo, pode também conduzir a prejudiciais consequências. Parte da população apresenta problemas associados ao uso excessivo e disfuncional da internet (Pontes [et al.], 2016). Assim, a infinidade de informação e aplicações que a internet possibilita, como as relações e compras online, colocam quem as usa em risco de desenvolver comportamentos aditivos (Brand, Young e Laier, 2014).

“Pela estreita relação que existe entre comportamentos aditivos e saúde mental, classificados, aliás, na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)” (CNS, 2019, p.30), torna-se imprescindível o foco de atenção nesta problemática.

Os comportamentos aditivos consistem em fenómenos com características impulsivo-compulsivas, relativamente a diferentes atividades ou condutas. Entre os jovens, os mais frequentes são o consumo de substâncias psicoativas, como o álcool o tabaco ou substâncias ilícitas, mas também comportamentos aditivos sem substâncias, como o uso da internet.

De facto, a perseverança e continuidade destes comportamentos, assim como a sua coexistência com outros fatores (psicológicos, ambientais, etc.) poderá evoluir para dependência, entendida como um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se, em consequência de repetições sucessivas

de algum tipo de comportamento aditivo (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013)

Segundo consta no inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional, sobre comportamentos aditivos, um quarto dos jovens refere problemas associadas à utilização da internet nos 12 meses anteriores, como situações de mal-estar emocional (Carapinha, Calado e Ferreira, 2019).

A problemática associada ao uso excessivo da internet é também fruto do aumento do número de utilizadores de internet, considerando-se os adolescentes e jovem mais suscetíveis de serem atraídos e fascinados pela diversidade de funcionalidades que a internet e as aplicações existentes para os smartphones oferecem (Tateno [et al.], 2019).

Este maior fascínio deve-se, também, aos fatores característicos desta fase desenvolvimental, designada por Arnett (2015) de *adulthood emerging*. Para o autor, trata-se da idade das explorações de identidade, da instabilidade, do egocentrismo, dos sentimentos de transição e das possibilidades.

Aliada às características próprias desta fase do desenvolvimento, a inserção em novos contextos, como a ingressão no ensino superior, exige habilidades específicas que os jovens podem não possuir, representando vulnerabilidades e gerando *stress* e insegurança. Tal conjuntura pode potenciar comportamentos de risco entre os jovens EES (Arnett, 2011).

Tendo em conta que o ser humano, ao longo do seu ciclo vital, é influenciado pelo meio que o rodeia, sendo as suas escolhas influenciadas, sobretudo, pelo alicerce familiar, este assume um papel essencial de colaboração nas diversas vivências dos jovens, como a experiência do mundo virtual, proporcionada pelo uso de tecnologias digitais (Silva e Silva, 2017)

Crescer com internet representa uma realidade desconhecida para muitos familiares dos jovens da atualidade, pelo que estes podem experienciar um sentimento de incapacidade no que concerne à prestação do apoio indispensável neste âmbito. Enquanto a maioria dos adultos de hoje vivencia a presente era digital em posse de ferramentas necessárias para lidar com a aquisição de conhecimento e experiências que ela proporciona, designadamente o SOC já desenvolvido e estruturado, tal não acontece com os jovens.

A atuação do EEEC, nos termos do Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho, designadamente ao nível da capacitação e empoderamento das famílias, tem vindo a colocar o uso adequado das novas tecnologias digitais, no sentido de reduzir os efeitos negativos na área da saúde familiar, no centro da agenda de intervenção.

De facto, um número crescente de pessoas tem vindo a apresentar consequências negativas derivadas do uso excessivo da internet e das suas aplicações online, tais como perda de controlo, angústia, depressão ou ansiedade (Elhai [et al.], 2017; Wegmann, Stodt

e Brand, 2015; Brand, Young e Laier, 2014). A dependência em internet está associada a uma alta taxa de transtornos mentais co-mórbidos, como a depressão, transtorno de ansiedade, transtorno de hiperatividade e atenção e transtornos de personalidade, assim como a um nível significativo de tensão psicológica (Steinbüchel [et al.], 2018; Darvishi [et al.], 2019). Entre os EES, esta dependência causa também redução da qualidade do desempenho académico (Khoury [et al.], 2019).

Em Portugal, segundo o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, a dependência da internet é preocupante, sobretudo na população entre os 15 e os 34 anos. De acordo com o mesmo estudo, as perturbações psiquiátricas (entre as quais se encontram as perturbações de ansiedade, humor e controlo de impulsos) atingem os 22,9%, o que posiciona Portugal em segundo lugar a nível Europeu, ultrapassado apenas pela Irlanda do Norte (23,1%). As perturbações que registaram percentagens mais elevadas entre a população portuguesa foram as relacionadas com a ansiedade (16,5%) e com o humor (7,9%), sendo o grupo etário mais afetada o dos 18 aos 34 anos (Almeida [et al.], 2013).

Em 2019, o *smartphone* destacou-se como a plataforma de acesso à internet de eleição pelos utilizadores, sendo utilizada por 61% destes, ultrapassando o recurso ao PC, com uma utilização de 60% (Markttest, 2019).

O uso de telemóveis, com crescente adoção dos *smartphones*, impulsiona um comportamento paralelo à dependência, representando um problema emergente no âmbito da saúde pública (Basu [et al.], 2018; Ranjbaran [et al.], 2019).

A dependência do *smartphone* enquadra-se no tipo de dependência tecnológica, ou dependência não farmacológica (Basu [et al.], 2018; Wegmann, Stodt e Brand, 2015). Esta dependência representa um problema emergente da era moderna, apresentando-se como uma das maiores adições não-farmacológicas (Ahmed [et al.], 2019) e como um fator impactante na saúde das pessoas (Lourenço [et al.], 2015; Daei, Rizi e Soleymani, 2019).

Todas estas consequências adversas decorrentes de uma inadequada utilização das novas tecnologias, e particularmente dos *smartphones*, fizeram emergir a necessidade de procura de evidência nesta área, levando à criação de diversas novas medidas destinadas a avaliar a influência da tecnologia nos comportamentos das pessoas (Yildirim e Correia, 2015).

Assim, afigura-se relevante o estudo da relação entre Nomofobia e SOC, enquanto contributo para a prática dos EEEEC, num *setting* que também ele conforma uma oportunidade emergente no âmbito da promoção da saúde. Contribuir com sucesso para respostas harmoniosas e salutogénicas num contexto societal em transformação, numa fase particular da vida, impõe o conhecimento sistematizado da evidência que se tem vindo a produzir nesta área.

3.2. O estado da arte: Revisão sistematizada da literatura

A infinidade de possibilidades proporcionadas pela utilização da internet depressa conquistou grande parte da população mundial, assim como a possibilidade de rápido acesso às mesmas através de aparelhos móveis, como os designados *smartphones*, ou “telefones inteligentes”. Trata-se de um meio de comunicação que alcançou fãns incondicionais a nível mundial, adotado globalmente tanto por países desenvolvidos, como por países em vias de desenvolvimento, por apresentarem alta capacidade de processamento de dados e serviços, através de aplicações desenvolvidas para os mais diversos efeitos (Basu [et al.], 2018; Cain e Malcon, 2019; Hussain, Griffiths e Sheffield, 2017; Lee [et al.], 2018, Wegmann, Stodt e Brand, 2015; Schweizer [et al.], 2017; Montag [et al.], 2016).

As funcionalidades permitidas tornaram-se uma realidade devido à considerável evolução destes dispositivos na última década, que passaram de uma ferramenta primária de comunicação interpessoal, para um meio facilitador da comunicação em grupo. Tal evolução deve-se à integração de recursos móveis de Internet, assim como ao aumento exponencial do poder computacional dos *smartphones*. Assim, jogos online, partilha de fotos e vídeos em redes sociais, como o *Facebook*, *Twitter* ou *Instagram*, entre muitas outras possibilidades, passaram a estar à distância de um click (Basu [et al.], 2018; Ahmed [et al.], 2019; Darvishi [et al.], 2019; Prasad [et al.], 2017).

Atualmente podemos assistir a uma frequente utilização destes *smartphones* nos mais diversos locais e circunstâncias, como no local de trabalho, em casa, no supermercado, nos metros e autocarros, ou durante as refeições (Eichenberg, Schott e Schroiff, 2019)!

A *International Telecommunications Union* (2019) previa que, até ao final de 2019, 53,6% da população a nível mundial (4,1 biliões de pessoas) utilizasse internet e que a percentagem de subscrições de telemóveis atingisse os 108% (8,3 biliões de subscrições). A nível Europeu, estes números aumentam para 82,5% da população no que respeita à utilização de internet e 118,4% de subscrições de telemóveis.

Em Portugal, segundo o INE, o *smartphone* é a plataforma mais habitual de acesso à Internet, com uma percentagem de 67% de utilizadores, o que equivale a um aumento de 9,1 pontos percentuais comparativamente com o ano de 2018 (Marktest, 2019).

Os EES integram uma geração mais envolvida pela era digital do que qualquer outra geração anterior, tendo crescido com internet e telemóveis, pelo que se sentem confortáveis na sua utilização. A ligação permanente com a tecnologia induz a criação de novos hábitos, resultantes de uma utilização cada vez mais intensiva dos dispositivos tecnológicos que tem ao seu dispor. Estes novos hábitos levam os jovens a passarem grande parte do seu tempo em frente aos seus *smartphones* (Nielsen, 2014)!

Esta emergente problemática de saúde pública exige a articulação de respostas adequadas e atempadas, como prevê o PNS – Revisão e Extensão a 2020, cujas orientações visam a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia individual e coletiva, e responsabilização pela sua própria saúde (DGS, 2015).

Desenvolvendo a educação superior um papel único em todos os aspetos do desenvolvimento dos indivíduos e comunidades, surge como oportunidade de proporcionar uma educação revolucionária, geradora de conhecimento que crie um impacto benéfico na saúde dos cidadãos e comunidades futuras (WHO, 2015)!

O conhecimento de uma preocupante taxa de dependência da internet entre a população portuguesa (assim como de alguns dos efeitos negativos que acarreta), que afeta, sobretudo, a classe etária mais jovem e com maior nível de escolaridade, e tendo conhecimento da preferência do *smartphone* como plataforma de acesso, conduziu à necessidade de uma pesquisa abrangente da problemática e do seu impacto entre os ESS. Assim sendo, uma das dificuldades que surge prende-se, desde logo, com a nomeação da mesma. Termos utilizados que vão desde “Uso excessivo do *smartphone*”, passando pelo “uso problemático do *smartphone*” e pela “dependência do *smartphone*” constituem exemplos emergentes da pesquisa bibliográfica (Tangmunkongvorakul [et al.], 2019; Basu [et al.], 2018; Ranjbaran [et al.], 2019).

Contudo, surgiu recentemente no Reino Unido um termo mais abrangente desta problemática: “Nomofobia”. O termo surge da abreviatura da expressão “*no mobile phone phobia*”, tendo sido apresentado num estudo realizado pelo Post Office, em 2008. Este estudo concluiu que quase 53% dos utilizadores de telemóveis tendem a ficar ansiosos quando se encontram impossibilitados de aceder ou comunicar-se através do seu telemóvel (Mail online, 2008).

Os sintomas desta fobia incluem ansiedade, instabilidade emocional, dificuldade de concentração, *stress* crónico e, até mesmo, ataques de pânico quando a pessoa sai de casa sem o seu *smartphone* (Manno e Rosa, 2018; Manrique [et al.], 2018; Basu [et al.], 2018; Augner e Hacker, 2011). Indivíduos gravemente nomofóbicos tendem a verificar excessivamente mensagens de texto ou publicações em redes sociais, o que lhes desvia a atenção de múltiplas tarefas diárias, devido ao medo de perder conexões e publicações (Yildirim e Correia, 2015).

De facto, entre os EES tem-se vindo a documentar, segundo estudos internacionais, uma elevada prevalência de Nomofobia (Báez e Ramírez, 2016; Yildirim e Correia, 2015). Assim, sendo esta uma área que afeta o foro socioafetivo e emocional dos EES, leva-nos a explorar eventual evidência em torno da Nomofobia e SOC.

Dada a abrangência exigida pela pesquisa, e a existência de uma vasta disparidade de conceitos e instrumentos destinados a avaliar a dependência do *smartphone*/Nomofobia, a caracterização da problemática apresenta-se dificultada.

Terminologias como “uso excessivo”, “uso problemático” ou “dependência de *smartphone*” são usadas por diferentes autores. Desta forma, com vista ao não comprometimento da integridade da investigação, optou-se pela realização de uma revisão sistematizada da literatura, com o objetivo de mapear os conceitos-chave que sustentam a presente área de pesquisa, assim como as principais fontes e tipos de evidências disponíveis neste âmbito e sua relação com o SOC (Mays [et al.], 2001).

Optou-se por este tipo de pesquisa por esta possibilitar um exame da natureza, alcance e extensão da atividade de pesquisa (Arskey & O'Malley, 2005; The Joanna Briggs Institute, 2015).

3.2.1. Abordagem metodológica

Nos termos anteriormente referidos, inspirada nas diretrizes propostas por Arskey e O'Malley (2005) e The Joanna Briggs Institute (2015), consideram-se as seguintes fases: (1) Identificação da questão de pesquisa; (2) Identificação de estudos relevantes; (3) Seleção dos estudos mais relevantes para a pesquisa; (4) Apresentação de todos os resultados obtidos; (5) Compilação, resumo e relato dos resultados obtidos.

Desta forma, foi formulada a questão de pesquisa, com base na estratégia PCC (População, Conceito e Contexto). Assim, foram definidos: P – estudantes; C - evidência produzida em torno da Nomofobia, Dependência de Internet e Dependência de Smartphone e qual a sua relação com o SOC; C – ensino superior.

Assim, surge a seguinte questão de pesquisa (fase 1):

“Qual a evidência produzida no âmbito da Nomofobia, Dependência de Internet, Dependência de Smartphone e SOC, entre EES?”.

Como critérios de inclusão dos estudos em análise foram definidos os seguintes: que tenham sido aplicados a estudantes do ensino superior e que apresentem resultados relativos à Nomofobia, Dependência de Internet, Dependência de Smartphone e sua relação com o SOC. Foram excluídos os estudos aplicados a amostras compostas por outros participantes, que não EES, os estudos que apresentem resultados não referentes à Nomofobia, Dependência de Internet ou Dependência de Smartphone, os estudos que apresentem resultados relativos ao SOC, mas que não o relacionem com nenhum dos conceitos pré-definidos e ainda artigos repetidos.

Na Tabela 1 que se segue, são apresentadas as estratégias e limitadores aplicados à pesquisa. Salienta-se ainda o facto de ter sido acrescentado “Nomofobia” como termo

“livre”, apesar de não constar da listagem “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), por ser um termo crucial para esta investigação.

Tabela 1. Estratégia e limitadores da pesquisa

Limitadores	Publicações em revistas indexadas entre 2014 e 2019, com resumo e texto completo disponíveis, em língua inglesa, portuguesa e espanhola.
Bases de dados	PubMed e MEDLINE
Data de pesquisa	entre outubro e novembro de 2019
Descritores utilizados (constantes na listagem DeCS)	“Dependência (Psicologia)” “Smartphone” “Internet” “Senso de coerência” “Estudantes”
Frases booleanas com termos DeCS	(Nomophobia) AND (Dependency) (Nomophobia) AND (Smartphone) (Nomophobia) AND (Internet) (Nomophobia) AND (Sense of coherence) (Nomophobia) AND (Students) (Dependency) AND (Smartphone) (Dependency) AND (Internet) (Dependency) AND (Sense of coherence) (Dependency) AND (Students) (Smartphone) AND (Internet) (Smartphone) AND (Sense of coherence) (Smartphone) AND (Students) (Internet) AND (Sense of coherence) (Internet) AND (Students) (Sense of coherence) AND (Students)

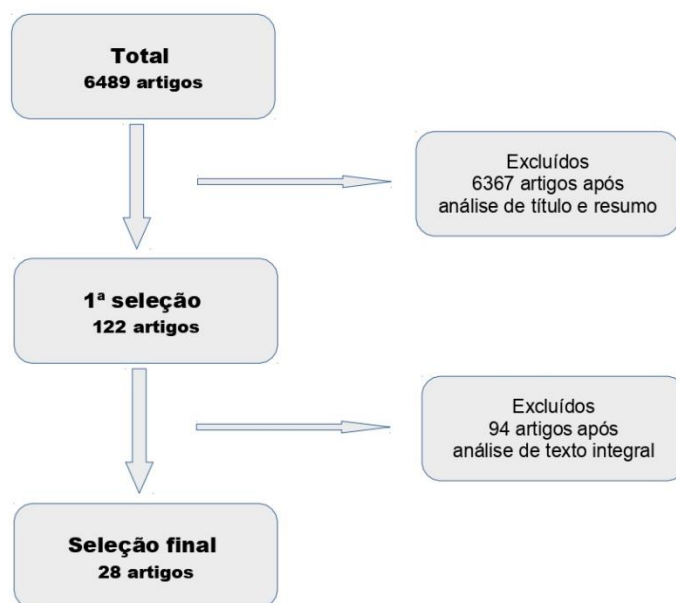
3.2.2. Análise dos principais resultados

Com base nos pressupostos enunciados, resultaram da pesquisa um total de 6489 artigos.

Após leitura dos títulos e respectivos resumos de cada artigo, foram excluídos aqueles que se encontravam repetidos e/ou não se encontravam relacionados com a temática em estudo, de forma a identificar aqueles que apresentavam relevância para a presente investigação (fase 2), sendo que o número de artigos ficou reduzido a 122. Esta pré-seleção incluiu estudos quantitativos, qualitativos, quali-quantitativos; revisões de literatura e estudos clínicos.

Após leitura integral dos mesmos, o número final de artigos para análise foi de 28 (fase 3). Na figura 2 encontra-se esquematizado o processo de seleção dos artigos.

Figura 2. Processo de seleção dos artigos



Os artigos que compõem o *corpus* da análise e os seus principais resultados podem ser consultados na Tabela 2 (fase 4).

Tabela 2. Seleção final dos artigos

Autores/ Ano de publicação/ País	Tipo de estudo	Principais resultados
1. AHMED, Sohel [et al] /2019/Índia	Quantitativo transversal	A pontuação média obtida no questionário NMP-Q, realizado com uma amostra constituída por 157 EES, foi de 77,6 pontos. Distúrbios músculo-esqueléticos foram apresentados por 54% dos inquiridos. Concluiu-se, também, que pode haver um impacto negativo entre a apresentação de Nomofobia e o desempenho académico.
2. ARPACI, Ibrahim [et al.]/2017/ Turquia	Quantitativo transversal	Um estudo realizado com uma amostra de 450 EES concluiu que indivíduos emocionalmente mais dependentes tendem a exibir níveis mais elevados de medo ou desconforto quando se vêem privados do acesso aos seus <i>smartphones</i> . Concluiu-se que o género tem um impacto diferencial na relação entre apego esquivo e Nomofobia. Por outro lado, os resultados mostram uma diferença significativa quanto ao género, relativamente à Nomofobia, em que as mulheres apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que os homens.
3. AYAR, Dijle [et al.]/ 2018/ Turquia	Quantitativo transversal descritivo- correlacional	Após aplicação dos instrumentos de avaliação a 755 estudantes universitários, verificou-se uma relação positiva entre os níveis de Nomofobia dos participantes e o uso problemático da Internet e níveis de dependência de redes sociais.
4. CAIN, Jeff; MALCOM, Daniel]/2019 /Estados	Quantitativo transversal	Os 192 participantes do estudo, todos eles estudantes universitários, apresentaram pontuações no questionário NMP-Q compatíveis com algum nível de Nomofobia.

Unidos da América		
5. CHICO, I. Asensio [et al.]/2018/ Espanha	Quantitativo descritivo transversal	No estudo, com uma amostra constituída por 87 EES, 79,3% dos participantes obtiveram pontuações entre 35 e 70 valores. Considerando que o nível leve de Nomofobia varia entre os 21 e os 48 pontos e o nível moderado varia entre os 49 e os 77 pontos, a maioria dos participantes situa-se entre o nível leve e o moderado.
6. DAEI, Azra; RIZI, Hasan A.; SOLEYMANI, Mohammad R./2019/Irão	Quantitativo transversal	A amostra integrou 320 EES. O estudo revelou uma moderada taxa de incidência de Nomofobia e uma percentagem de 73% de utilizadores moderados de <i>smartphone</i> . Evidenciou ainda relações estatisticamente significativa com as seguintes variáveis: sexo (tendo-se registado uma maior prevalência entre o sexo masculino), faixa etária (registra-se um aumento da prevalência em idade jovem) e nível de educação (maior prevalência entre estudantes de licenciatura). Verifica-se ainda uma associação positiva entre a Nomofobia e a frequência de uso de <i>smartphones</i> .
7. DARVISHI, Mohammad [et al.]/2019/ Irão	Quantitativo descritivo transversal	Os resultados do estudo, aplicado a 100 EES, revelam que os participantes com menor idade média sentiram um maior desconforto, raiva, ansiedade e insegurança devido à falta de acesso ao <i>smartphone</i> . Com exceção da ansiedade, os resultados revelam que uma maior duração do uso do <i>smartphone</i> pode levar a uma diminuição significativa das variáveis de desconforto, raiva e insensibilidade entre os usuários. A incidência de Nomofobia foi significativamente menor no sexo feminino. Em participantes com maior escolaridade, a Nomofobia foi registada como mais frequente.
8. DASGUPTA, Pallabi [et al.]/2017/ Índia	Quantitativo transversal	O questionário NMP-Q foi aplicado a dois grupos de EES, compondo uma amostra total de 608. Um dos grupos era composto por estudantes de engenharia e outro por estudantes de medicina. Comparativamente, os estudantes de engenharia apresentaram uma maior proporção de nomofóbicos (44,6%) do que os estudantes de medicina (42,6%). Uma maior proporção de participantes nomofóbicos, entre os dois grupos, pertencia ao sexo feminino.
9. FAROOQUI, Iqbal Ahmad [et al.]/2018/ Índia	Quantitativo observacional transversal	Todos os 145 participantes, EES, revelaram algum nível de Nomofobia, sendo que 82,1% apresentaram um nível moderado ou grave, enquanto os restantes 17,9% apresentaram um nível leve de Nomofobia. Com uma amostra predominantemente feminina, não foi observada diferença estatisticamente significativa de género relativamente à prevalência da Nomofobia.
10. JILISHA, G [et al.]/2019/ Índia	Estudo de método misto, com uma componente analítico transversal e outra componente qualitativa descritiva	O estudo contou com a participação de 774 EES. Destes, 20,8% apresentaram pontuações compatíveis com um nível de Nomofobia leve, 54,5% moderado e 23,5% grave. As variáveis Idade avançada, sexo masculino, duração e frequência de uso de <i>smartphones</i> , uso de redes sociais, verificação sem motivo do <i>smartphone</i> e verificação de <i>smartphone</i> após acordar de manhã foram significativamente associadas à Nomofobia. A entrevista em profundidade revelou atributos de dependência entre os alunos, como dependência e comportamento compulsivo. Os alunos também sentiram ansiedade e frustração quando separados dos seus <i>smartphones</i> . Quanto a consequências a nível físico, a maior proporção dos participantes apresentou dor de cabeça (23,6%) e fadiga ocular (21,8%).
11. LEE, Seungyeon [et al.]/2018/ Estados	Quantitativo	O estudo, que contou com a participação de 397 EES, examinou a relação entre o Questionário de Nomofobia (NMP-Q) e a Escala de avaliação da obsessividade. Os resultados revelaram que o NMP-Q tem uma comparação significativa com padrões de comportamento obsessivo.,

Unidos da América		sendo que pontuações mais elevadas de obsessividade corresponderam a níveis mais graves de Nomofobia.
12. MANRIQUE, Gabriel Aguilera [et al.]/2018/ Espanha	Quantitativo transversal	O estudo, aplicado a 304 EES, encontrou uma correlação positiva entre o uso de <i>smartphones</i> e o nível de Nomofobia, sendo que os estudantes de enfermagem que apresentam altos níveis de Nomofobia também usam, habitualmente, os seus <i>smartphones</i> durante o estágio clínico.
13. PRASAD, Monika [et al.]/2017/ Índia	Quantitativo descritivo transversal	Os resultados do estudo, aplicado a uma amostra de 554 EES, revelaram que cerca de 39,5% dos estudantes concordaram que um maior tempo gasto com o telemóvel leva à obtenção de notas mais baixas nos exames. Um total de 24,12% dos estudantes foi considerado nomofóbico e o risco de vir a apresentar Nomofobia foi de 40,97%. Uma percentagem de 47,5% dos participantes concordou e 13,9% concordaram fortemente, quando questionados sobre a ansiedade causada pela falta de bateria ou de sinal de rede nos seus <i>smartphones</i> .
14. PUERTAS, Lorena Gutiérrez [et al.]/2019/ Espanha e Portugal	Quantitativo observacional descritivo comparativo	Os resultados do estudo comparativo entre estudantes espanhóis e portugueses, aplicado a uma amostra total de 258 EES, demonstraram elevadas pontuações de Nomofobia entre os estudantes de ambos os países. Contudo, as pontuações obtidas nos itens do questionário foram, geralmente, mais altas na população portuguesa do que na espanhola. Cerca de 54,7% dos estudantes portugueses referiram apresentar ansiedade no caso de a bateria do smartphone acabar, contra 35,4% dos estudantes espanhóis. Também no que se refere à necessidade de comunicação instantânea com a família e amigos, a população portuguesa apresentou uma maior necessidade. De um modo global, as dimensões exploradas indicam níveis significativos de Nomofobia entre os estudantes, com níveis superiores na população portuguesa.
15. BASU, Saurav [et al.]/2018/ Índia	Quantitativo transversal	O estudo, aplicado a uma amostra de 388 EES, revelou que o uso de telemóveis, com crescente adoção de <i>smartphones</i> , promove um comportamento semelhante ao vício, questão que se apresenta como um problema de saúde pública entre a juventude indiana. Os autores apuraram que uma dependência do <i>smartphone</i> , associada a um prejuízo de controlo que compromete a saúde e o bem-estar foram prevalentes entre os participantes. Os resultados revelaram ainda que 40,2% dos participantes revelaram sentir que o uso excessivo dos seus <i>smartphones</i> interferia na qualidade do seu sono, sendo que 35,2% assumiram que verificavam as notificações de redes sociais mesmo em repouso ou quando ainda se encontravam, em fase de sono leve.
16. EICHENBERG, Christiane [et al.]/2019/ Áustria	Quantitativo transversal	O estudo contou com a participação de 497 EES, dos quais 15,1% apresentaram um problemático uso do <i>smartphone</i> . Foi estabelecida uma correlação positiva entre o uso excessivo de <i>smartphones</i> e um estilo de apego inseguro.
17. TANGMUNKONGVORAKUL, Arunrat [et al.]/2019/ Tailândia	Quantitativo transversal	Dos 800 EES que participaram no estudo, 45,8% foram categorizados como utilizadores excessivos de <i>smartphone</i> . Este grupo apresentou pontuações mais baixas a nível do bem-estar psicológico, comparativamente com utilizadores não-excessivos.
18. CARBONEL L, Xavier. [et al.]/2018/ Espanha	Observacional longitudinal de Coorte (realizado no período 2006-2017)	Segundo os resultados deste estudo de coorte, aplicado a uma amostra de 792 EES, a percepção do uso problemático de Internet e de <i>smartphone</i> aumentou na última década, sendo o uso de redes sociais considerado responsável por esse acréscimo. As mulheres tendem a ser mais afetadas que os homens. Participantes em 2017 relatam um maior

		número consequências nefastas relativas ao uso da Internet e telemóvel do que os participantes em 2006. Contudo, as observações evidenciam uma diminuição no uso problemático após um forte aumento em 2013. Conclui-se que o diagnóstico de vícios tecnológicos é influenciado por alterações sociais e culturais.
19. ROMA, Paolo [et al.]/2019/ Itália	Quantitativo transversal	O estudo contou com a participação de 343 EES e revelou que 52,7% dos participantes apresentaram uso problemático da Internet, enquanto apenas 7,6% revelaram não sofrer de qualquer sintoma. Indivíduos com uso problemático da Internet apresentaram pontuações mais elevadas em escalas psicopatológicas. Os resultados apontam para que o uso problemático da Internet possa estar associado a níveis mais altos de psicopatologia e traços de personalidade.
20. IBRAHIM, Nahla Khamis [et al]/2018/ Arábia Saudita	Quantitativo transversal	O estudo contou com a participação de 610 EES. A dependência do smartphone foi correlacionada com baixa qualidade subjetiva do sono e sonolência
21. JAFARI, Hale [et al.]/2019/ Irão	Quantitativo descritivo- analítico	O estudo, que contou com uma amostra de 439 EES, identificou uma percentagem de 71,3% dos participantes como dependentes do smartphone. De entre os quais, 17,8% apresentaram dependência moderada e 10,9% apresentaram dependência extrema. Registou-se uma correlação significativa e negativa entre as pontuações de dependência de <i>smartphone</i> e sensação de solidão
22. KHOURY, JuliaMachad o [et al.]/2019/ Brasil	Estudo de caso-controlo	A amostra integra 100 EES, subdivididos em dois grupos. O primeiro grupo era composto por 50 indivíduos dependentes em <i>smartphone</i> e sem nenhum outro transtorno psiquiátrico, o segundo grupo era composto por 50 indivíduos não dependentes em <i>smartphone</i> e também sem outro qualquer transtorno psiquiátrico. O grupo de dependentes em smartphones apresentou um perfil de comprometimento no processo de tomada de decisão sob ambiguidade, sem prejuízo na tomada de decisão sob risco. Os participantes dependentes em <i>smartphones</i> demonstraram maior dificuldade em reconhecer alternativas desvantajosas, alta sensibilidade a recompensas e baixa sensibilidade a punições.
23. LEE, Kyung Eun [et al.]/2016/ Coreia do Sul	Quantitativo transversal	O estudo foi aplicado a uma amostra de 1236 EES. Relativamente ao grau de dependência em <i>smartphone</i> , as mulheres revelaram pontuações mais elevadas que os homens, o que indica um maior grau de dependência (numa escala de 25 a 100, a pontuação média do sexo feminino foi de 56,0, para uma média de 50,7 apresentada pelo sexo masculino). Em ambos os géneros, o aumento da dependência de <i>smartphones</i> foi associado a um aumento do índice de ansiedade.
24. RANJBARA N, Mehdi [et al.]/2019/Irão	Quantitativo transversal	Os resultados do estudo, aplicado a 334 EES, demonstram que a idade jovem (entre os 20 e os 24 anos), situação económica familiar, status, elevado nível de ansiedade, distúrbios do sono e disfunção social foram os principais preditores significativos de dependência de <i>smartphone</i> . Uma relação significativa entre o estado de saúde geral e a dependência do <i>smartphone</i> é também demonstrada pelos resultados do estudo.
25. CHOI, Sam- Wook [et al.] /2015/Coreia do Sul	Quantitativo transversal	O estudo contou com a participação de 448 EES. Concluiu-se que os fatores de risco para dependência de <i>smartphones</i> foram: sexo feminino, uso de Internet, uso de álcool e ansiedade; enquanto os fatores de proteção foram: depressão e temperança. Por outro lado, os fatores de

		risco associados à dependência da Internet foram: sexo masculino, uso de <i>smartphones</i> , ansiedade e sabedoria / conhecimento, enquanto o fator de proteção foi a coragem.
26. TATENO, Masaru [et al.]/2019/ Japão	Quantitativo transversal	O estudo contou com a participação de 478 EES. Indivíduos do sexo feminino obtiveram pontuações significativamente mais elevadas na Escala de Dependência de <i>Smartphone</i> . Verificou-se uma tendência de favorecimento do jogo, por parte dos homens, no uso da Internet, enquanto as mulheres demonstraram usar a internet principalmente para aceder a redes sociais via <i>smartphone</i> . O grupo de utilizadores que privilegiavam o jogo, usavam a internet por mais tempo e apresentavam pontuações mais elevadas na escala de dependência de internet, comparativamente com o grupo que privilegiava as redes sociais. Os participantes que revelaram pontuações compatíveis com alto risco de hikikomori (termo de origem japonesa que designa um comportamento de extremo isolamento), apresentaram maior tempo de uso de internet e pontuações mais elevadas nas escalas de dependência de internet e dependência de <i>smartphone</i> .
27. LIN, Pin- Hsuan [et al.]/2019/ Taiwan	Quantitativo transversal	A amostra do estudo foi composta por 503 EES. Verificou-se que a dependência em internet era significativamente associada à qualidade subjetiva do sono, latência, duração do sono, distúrbios do sono, uso de medicação indutora de sono e disfunção diurna. Pior qualidade do sono foi observado em estudantes com graus moderados e graves de dependência da Internet, comparativamente com aqueles que apresentaram dependência leve ou não apresentaram dependência da Internet.
28. NAGASE, Satoko [et al.]/2016/ Japão	Quantitativo transversal	O estudo foi aplicado a uma amostra de 221 EES. A percentagem de jovens estudantes dependentes da internet foi de 4,7 %, ao passo que a percentagem de alunos com tendência à dependência foi de 45,6%. O vício em internet foi significativamente correlacionado com habilidades sociais e sentimentos de auto-estima. Os resultados sugerem, que o vício em internet é promovido pela superproteção dos pais, baixa auto-estima, poucos amigos e uso passivo dos serviços de internet.

Como se pode observar, os artigos seleccionados são originários de diversos países: Índia (6 artigos); Turquia (2 artigos); Itália (1 artigo); Espanha (4 artigos); Estados Unidos da América (2 artigos); Coreia do Sul (2 artigos); Irão (4 artigos); Áustria (1 artigo); Arábia Saudita (1 artigo); Japão (2 artigos); Brasil (1 artigo); Taiwan (1 artigo); Portugal (1 artigo); Tailândia (1 artigo). Na sua maioria, os artigos referem-se a estudos quantitativos transversais (25 estudos), havendo apenas 1 estudo observacional longitudinal de coorte, 1 estudo de caso-controlo e 1 estudo de método misto quali-quantitativo. Quanto aos anos de publicação, os artigos foram publicados em 2015 (1 artigo), 2016 (2 artigos), 2017 (3 artigos), 2018 (8 artigos) e 2019 (14 artigos).

Torna-se relevante salientar que vários artigos são referentes a estudos realizados em países com contextos sociodemográficos muito distintos da nossa realidade nacional!

Discussão dos dados resultantes do corpus da análise (Fase 5)

De forma a permitir uma maior inteligibilidade, a evidência produzida em torno da temática da Nomofobia, assim como dos seus conceitos relacionados (“Uso problemático

do smartphone”, “Uso problemático de Internet e *smartphone*”, “Uso problemático de Internet”, “Dependência do *smartphone*”, “Dependência de internet e *smartphone*” e “Dependência de internet”) entre EES é apresentada na Tabela 3.

Salienta-se o facto de não ter resultado desta pesquisa nenhum estudo que relacione a Nomofobia, ou qualquer outro conceito associado à mesma, com o SOC.

Tabela 3. Evidência produzida sobre a temática “Nomofobia” e seus conceitos associados

Temática e Conceitos relacionados	Evidência Produzida
Nomofobia (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14)	<p>Prevalência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevada entre EES (4, 5, 6, 9, 10); • Superior entre estudantes de engenharia (44,6%), comparativamente aos estudantes de medicina (42,6%) (8); • Pontuações mais elevadas entre estudantes portugueses, comparativamente aos espanhóis (14); <p>Sinais de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso problemático de internet (3); • Duração e frequência de uso de <i>smartphones</i> (6, 10); • Uso de redes sociais (10); • Verificação sem motivo do <i>smartphone</i> após acordar de manhã (10); <p>Variáveis sociodemográficas:</p> <p>Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência entre o sexo feminino (2); • Prevalência entre o sexo masculino (6, 7, 10); <p>Idade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência em idade jovem (6); <p>Nível de escolaridade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes com maior nível de escolaridade apresentam maior prevalência (7); <p>Desempenho académico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto negativo no desempenho académico (1); • Classificações inferiores nos exames (13); <p>Saúde Mental: reação de privação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medo (2); • Desconforto (2, 7); • Raiva (7); • Ansiedade (7, 13, 14); • Insegurança (7); • Comportamento obsessivo em nível grave de Nomofobia (11); <p>Distúrbios músculo-esqueléticos (1);</p> <p>Dor de cabeça e fadiga ocular (10).</p>
Uso problemático do <i>smartphone</i> (15, 16, 17)	<p>Prevalência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemático uso do <i>smartphone</i> (15,1%) (16); • Utilizadores excessivos de <i>smartphone</i> (45,8%) (17);

	<p>Qualidade do Sono</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso excessivo do <i>smartphone</i> interfere na qualidade do sono (40,2%) (15); • Verificação das notificações de redes sociais mesmo em repouso ou em fase de sono leve (35%) (15); <p>Saúde Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de <i>smartphones</i> promove comportamento semelhante ao vício (15); • Correlação positiva entre uso excessivo de <i>smartphones</i> e estilo de apego inseguro (16); • Pontuações mais baixas a nível do bem-estar psicológico, por parte dos utilizadores excessivos, comparativamente com utilizadores não-excessivos (17); <p>Prejuízo de controlo que compromete a saúde e o bem-estar (15).</p>
<p>Uso problemático de Internet e <i>smartphone</i> (18)</p>	<p>Variáveis sociodemográficas:</p> <p>Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalência entre o sexo feminino; <p>Maior número de consequências nefastas relativas ao uso de internet e <i>smartphone</i> em 2017, do que em 2006</p>
<p>Uso problemático de Internet (19)</p>	<p>Prevalência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevada entre EES (52,7%); <p>Saúde Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso problemático de internet levou a pontuações mais elevadas em escalas psicopatológicas;
<p>Dependência do <i>smartphone</i> (20, 21, 22, 23, 24)</p>	<p>Prevalência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevada entre EES (71,3%) (21); • Dependência moderada (17,8%) (21); • Dependência extrema (10,9%) (21); <p>Variáveis sociodemográficas:</p> <p>Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pontuações mais elevadas entre o sexo feminino (23); <p>Idade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade jovem (entre os 20 e os 24 anos) considerada preditores significativos (24); <p>Relação com a qualidade do sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixa qualidade subjetiva do sono (20); • Sonolância (20); • Distúrbios do sono considerados como preditores significativos (24); <p>Saúde Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correlação significativa e negativa entre as pontuações de dependência de <i>smartphone</i> e sensação de solidão (21); • Perfil de comprometimento no processo de tomada de decisão sob ambiguidade, sem prejuízo na tomada de decisão sob risco (22); • Ansiedade (23, 24); • Disfunção social considerada como preditor significativo (24);
<p>Dependência de internet e <i>smartphone</i> (25, 26)</p>	<p>Sinais de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de internet considerado fator de risco para a dependência em <i>smartphone</i> (25); • Uso de <i>Smartphone</i> considerado fator de risco para a dependência em internet (25); • Consumo de álcool considerado fator de risco para a dependência em <i>smartphone</i> (25);

Variáveis sociodemográficas:**Sexo:**

- Sexo feminino considerado como fator de risco para dependência de *smartphone* (25);
- Sexo masculino considerado como fator de risco para dependência de internet (25);
- Pontuações mais elevadas entre as mulheres na Escala de Dependência de *Smartphone* (26);
- Homens favorecem o jogo, no uso da internet (26);
- Mulheres favorecem o acesso a redes sociais via *smartphone* (26);

Saúde Mental:

- Ansiedade considerada como fator de risco para a dependência em *smartphone* e internet (25);
- Alto risco de hikikomori (termo de origem japonesa que designa um comportamento de extremo isolamento doméstico) (26);

Dependência de internet (27, 28)**Prevalência:**

- Elevada tendência à dependência entre EES (45,6%) (28);

Fatores de risco:

- Superproteção dos pais (28);
- Ter poucos amigos (28);
- Uso passivo dos serviços de internet (28);

Qualidade do sono:

- Pior qualidade do sono entre graus moderados e graves de dependência (27);

Saúde mental:

- Baixa autoestima considerada como fator de risco (28);
-

• Nomofobia

Yildirim e Correia (2015), assim como outros autores de estudos pertencentes a este *corpus* de análise (11), referem que a Nomofobia é considerada uma “Fobia Situacional”. Segundo a American Psychiatric Association (2014), uma fobia específica (que se encaixa no grupo dos Transtornos de Ansiedade) será considerada de sub-grupo situacional caso preencha os seguintes critérios: medo ou ansiedade acentuados provocado por uma situação específica (neste caso, e segundo os mesmos autores, a impossibilidade de comunicação através do *smartphone*); a situação fóbica quase sempre provoca uma imediata resposta de medo ou ansiedade; a situação fóbica é ativamente evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento; o medo ou ansiedade é desproporcional, tendo em conta o real perigo que a situação implica; o medo, ansiedade ou evitamento da situação fóbica é constante, habitualmente com duração mínima de seis meses; o medo, ansiedade ou evitamento provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na vida social, ou em outras áreas relevantes para o indivíduo.

Dos estudos que compõe o *corpus* de análise, um total de 13 estudos quantitativos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14) e um estudo quali-quantitativo (10) aplicaram o

questionário para avaliação da Nomofobia (NMP-Q) a amostras de EES em países pertencentes aos continentes europeu, americano e asiático.

A Nomofobia é descrita como um problema emergente da era moderna, sendo já considerada uma das maiores adições não-farmacológicas da atualidade (1). Trata-se de um reconhecido problema social, com tendência a agravar-se, devida a crescente popularidade dos *smartphones* (11), representando um fator impactante na saúde das pessoas (6).

Vários dos estudos analisados documentaram uma elevada prevalência de Nomofobia entre os ESS. Em dois estudos, a totalidade dos participantes apresentaram pontuações compatíveis com algum nível de Nomofobia (4, 9), sendo que num dos casos, 82,1% apresentaram um nível moderado ou grave (9). Num outro estudo, a prevalência de Nomofobia apurada foi de 98,8%, correspondendo a um nível grave uma percentagem de 23,5% (10). Uma taxa de incidência de Nomofobia moderada foi encontrada em três dos estudos analisados (5, 6, 14). Num estudo comparativo, foram observadas percentagens de Nomofobia superiores a 40% em ambos os grupos componentes da amostra (8), e uma percentagem de 24,1% de nomofóbicos foi apurada em outro dos estudos analisados (13).

Importa referir que, no estudo comparativo sobre a Nomofobia realizado com uma amostra de estudantes espanhóis e portugueses (14), os questionários foram aplicados em 2016, sendo que apresentavam um número de dimensões diferente. Os autores referem que “um questionário adaptado ao contexto sociolinguístico Espanhol e Português foi aplicado”, referindo-se apenas à bibliografia de validação do questionário NMP-Q para a população espanhola. De facto, o questionário NMP-Q.PT para a população portuguesa foi apenas validado em 2020, por Galhardo [et al.], não tendo resultado, desta revisão sistemática, nenhum estudo que tivesse procedido à sua aplicação.

Os estudos analisados relatam vários efeitos adversos decorrentes da Nomofobia, compatíveis com os descritos em fobias situacionais, como impacto no desempenho académica (1, 13); instabilidade emocional (2); ansiedade (10, 14); padrões de comportamento obsessivo (11) comportamento compulsivo e frustração (10). Medo irracional aquando do esquecimento do *smartphone* em casa, ou enquanto aguardavam a resposta de amigos foram também relatados (10).

Num dos estudos analisados (10), quase 38% dos participantes admitiram que o uso de *smartphones* prejudicava o seu desempenho académico. Sinais de dependência e comportamento compulsivo foram detetados entre os alunos, que apresentavam ansiedade e frustração quando se encontravam impossibilitados de usar o *smartphone*. Várias características foram significativamente associadas à Nomofobia: sexo masculino; duração e frequência de uso de *smartphone* (51,5% dos participantes afirmaram que outros

mencionaram que estes estavam a usar excessivamente o seu *smartphone*); uso de redes sociais; verificação sem motivo (cerca de 65% dos participantes) e verificação do *smartphone* após acordar de manhã (55% dos participantes)!

Alguns estudos revelaram diferenças significativas quanto ao género, relativamente à Nomofobia, sendo que em 2 casos, as mulheres apresentaram uma maior prevalência (2, 8) e em 3 casos, incluindo o acima referido, o sexo feminino apresentou uma menor prevalência, relativamente ao sexo masculino (6, 7, 10). Houve ainda um estudo que não revelou diferença estatisticamente significativa de género relativamente à prevalência da Nomofobia (9).

Para além das consequências a nível mental, foram também focadas consequências nefastas a nível físico decorrentes do uso excessivo do *smartphone* por dois dos estudos analisados, são eles: distúrbios músculo-esqueléticos (1); algum tipo de dor física, referido por 54% dos utilizadores de *smartphones*, participantes no estudo (1); dor de cabeça (10) e fadiga ocular (10).

Idade mais jovem e maior grau de escolaridade foram descritos como fatores de risco para o desenvolvimento da Nomofobia (7).

Os autores de um outro estudo analisado (3), evidenciaram a existência de uma correlação direta entre os níveis de Nomofobia apresentados e as seguintes variáveis: uso problemático de Internet, ansiedade causada pela interação social e uso de *sítes* de redes sociais, sendo que estudantes com níveis de Nomofobia mais elevados apresentaram maiores pontuações nestas áreas.

Como foi possível constatar, estudos internacionais revelam que a prevalência e consequências nefastas da Nomofobia entre ESS assumem proporções consideráveis!

• **Uso problemático do *smartphone***

Os autores de 3 dos artigos analisados, realizados nos continentes asiático e europeu, utilizaram a terminologia “uso problemático do *smartphone*” para abordar a problemática aqui em estudo, dada a sua associação a um comprometimento da saúde e bem estar dos estudantes (15, 16, 17). Todos eles consistem na apresentação de resultados de estudos quantitativos.

Num dos estudos, 45,8% dos participantes foram categorizados como usuários excessivos de *smartphone* (17), tendo o mesmo estudo concluído que utilizadores excessivos de *smartphones* apresentavam pontuações mais baixas a nível do bem-estar psicológico, relativamente a alunos que não utilizavam o *smartphone* em excesso.

Em outro estudo, 15,1% dos participantes apresentaram um problemático uso do *smartphone*, sendo que foi estabelecida uma correlação positiva entre o uso excessivo de *smartphones* e um estilo de apego inseguro (16).

Segundo outro estudo pertencente ao *corpus* de análise (15), o uso de telemóveis, com crescente adoção dos *smartphones*, impulsiona um comportamento paralelo à dependência.

• **Uso problemático de internet e *smartphone***

Um dos estudos analisados, realizado no continente europeu, refere o uso problemático da internet e também do uso problemático do *smartphone* (18).

Trata-se de um estudo observacional longitudinal de Coorte, realizado num período entre 2006 e 2017, que demonstrou que a perceção do uso problemático da internet e do *smartphone* aumentou na última década, sendo as redes sociais consideradas responsáveis por esse acréscimo. Ainda, as mulheres são percebidas como mais afetadas que os homens. Comparativamente aos resultados obtidos em 2006, a partir de 2017, os participantes relatam maiores consequências negativas do uso da internet e *smartphone*. Contudo, denota-se um decréscimo no uso problemático, após um forte aumento em 2013. Os autores concluem que o diagnóstico de vício tecnológico é fortemente influenciado por alterações sociais e culturais.

• **Uso problemático de internet**

Um dos estudos quantitativos analisados, realizado na Europa, aborda exclusivamente o uso problemático de internet (19).

O estudo refere que uma percentagem de 52,7% dos participantes revelaram uso problemático da internet, e apenas 7,6% não apresentou qualquer sintoma relacionado com esta problemática. Os indivíduos que apresentaram uso problemático da internet, apresentaram também maiores pontuações em escalas psicopatológicas. Os resultados associam depressão, ansiedade e sensibilidade a indivíduos com uso problemático de internet, e concluem que constituem seus preditores significativos os baixos níveis de simpatia e estabilidade emocional.

• **Dependência do *smartphone***

Dos estudos analisados, cinco utilizaram a terminologia "Dependência do *smartphone*" para abordar esta problemática (20, 21, 22, 23, 24). Os referidos estudos foram realizados nos continentes asiático e americano. À exceção de um dos artigos, que consiste na apresentação dos resultados de um estudo caso-controlo (22), todos os outros consistem em estudos quantitativos transversais.

Um dos estudos analisados (21) apurou uma percentagem de 71,3% de estudantes dependentes do *smartphone*. A aplicação para *smartphone* mais utilizada, segundo outro dos estudos analisados (20) é o *WhatsApp*, sendo as principais características associadas

à dependência do *smartphone* as seguintes: sexo feminino, possuir um *smartphone* há mais de um ano e passar várias horas por dia ao *smartphone*.

Outro dos estudos analisados (23) concluiu que as mulheres apresentam uma maior taxa de dependência de *smartphone* e revelou uma tendência crescente de dependência, ou seja, quanto mais tempo diário dispensado no uso do *smartphone* e maior o grau de ansiedade dos indivíduos dependentes, mais severo era o grau de dependência apresentado. Tal facto representa um sério peso na vida académica dos estudantes universitários, já que, segundo um dos estudos pertencentes ao *corpus* de análise (22), esta dependência causa também redução da qualidade do desempenho académico.

Segundo o mesmo estudo (22), tal como as dependências farmacológicas, também as dependências comportamentais, na qual se insere a dependência do *smartphone*, levam a viés no processo de tomada de decisão, impelindo a escolhas vantajosas a curto prazo, mas causadores de danos a longo prazo. Este viés no processo de tomada de decisão está associado ao desenvolvimento e manutenção de comportamentos viciantes.

O prejuízo no processo de tomada de decisão apresentado pelos indivíduos dependentes em *smartphones* assemelha-se ao encontrado em outras dependências químicas e comportamentais, tais como a dependência do álcool ou distúrbios de jogo. O estudo constatou que a desigualdade na tomada de decisão sob ambiguidade, com preservação da decisão sob risco, pode refletir uma implícita disfunção do processo emocional, sem disfunção do processo cognitivo explícito.

De acordo com outro dos estudos analisados (24), o comportamento paralelo à dependência causado pela crescente adoção dos *smartphones*, representa um problema emergente no âmbito da saúde pública. O mesmo estudo concluiu que existe uma relação significativa entre a idade, situação económica, e condições de saúde gerais e o grau de dependência do *smartphone* apresentado, sendo que se representam como preditores de dependência a idade mais jovem e o estatuto económico elevado (o poder económico possibilita a aquisição de aparelhos de nível tecnológico mais avançado). Contudo, os preditores mais significativos, segundo o referido estudo, são ansiedade, distúrbios do sono e disfunção social.

• Dependência de internet e *smartphone*

Dois dos estudos analisados, realizados no continente asiático, abordaram a problemática "Dependência de internet e *smartphone*" (25, 26). Ambos consistem em estudos quantitativos transversais.

Segundo um dos estudos, que avaliou os fatores de risco e proteção associados ao uso de *smartphones* entre EES (25), comparando-os aos relacionados com a dependência em internet, os fatores de risco associados à dependência do *smartphone* são: sexo

feminino, uso de internet, uso de álcool e ansiedade; ao peço que os fatores de risco associados à dependência em internet encontrados foram: sexo masculino, uso de *smartphone*, ansiedade e conhecimento. Para os autores, tais diferenças podem resultar do facto de os *smartphones* fornecerem recursos exclusivos, como a imediata disponibilidade e uso primário como ferramenta para relacionamentos interpessoais.

O outro estudo analisado (26), revelou uma tendência por parte do sexo masculino em favorecer o jogo no uso da internet, ao passo que as mulheres favoreciam o acesso a redes sociais via *smartphone*, tendo o sexo feminino apresentado uma maior pontuação relativamente à dependência em *smartphone*. Segundo os autores do mesmo estudo (26), a classe adolescente e jovem apresenta um maior fascínio pelas diversas funcionalidades proporcionadas pela internet, assim como pelas aplicações existentes para os *smartphones*. Contudo, a utilização destas novas tecnologias, quando em exagero, pode acarretar sérias consequências!

• Dependência de internet

Dos estudos que compõem o *corpus* de análise, dois debruçaram-se sobre a “Dependência de internet”, tendo sido realizados no continente asiático (27, 28). Ambos apresentam resultados de estudos quantitativos transversais.

Um dos estudos analisados (28) apurou uma percentagem de jovens estudantes dependentes da internet de 4,7 %, ao passo que a percentagem de alunos com tendência à dependência foi de 45,6%. Entre outros fatores, os autores concluíram que a dependência de internet é promovida pela baixa auto-estima e pela falta de amigos.

Entre as consequências nefastas da dependência de internet, também aqui são relatados prejuízos relativamente à qualidade do sono. Segundo os autores de um dos artigos analisados (27), a dependência em internet foi significativamente associada à qualidade subjetiva do sono, latência, duração do sono, distúrbios do sono, uso de medicação indutora de sono e disfunção diurna. Pior qualidade do sono foi observada em estudantes com graus moderados e graves de dependência da Internet, comparativamente com aqueles que apresentaram dependência leve ou não apresentaram dependência da Internet.

3.2.3 Em síntese

Como foi possível constatar, a presente revisão sistematizada da literatura evidenciou a adoção de diferentes terminologias por diversos autores (que, por sua vez, utilizaram diferentes instrumentos de avaliação) nomeadamente: Nomofobia, uso problemático do *smartphone*, uso problemático de Internet e *smartphone*, uso problemático

de Internet, dependência do *smartphone*, dependência de internet e *smartphone* e dependência de internet.

No entanto, independentemente das concepções adotadas, foi possível constatar associações positivas que importa, no âmbito deste estudo, destacar, tais como Nomofobia e o uso problemático da internet (3), Nomofobia e frequência de uso de *smartphones* (6) e uso de *smartphones* e o nível de Nomofobia (12).

No que concerne à prevalência da Nomofobia, dependência de internet ou *smartphone*, ou qualquer terminologia indicativa de dependência relativa à internet ou ao *smartphone*, é evidenciada de forma não negligenciável.

No que respeita à Nomofobia, um dos estudos apurou uma percentagem de 44,6% estudantes de engenharia que apresentaram pontuações compatíveis com algum nível de Nomofobia, assim como uma percentagem de 42,6% estudantes de medicina (8); 23,5% participantes com pontuações graves de Nomofobia foram apurados por outro estudo aplicado a EES (10); elevadas pontuações relativas aos níveis de Nomofobia foram apurados num outro estudo realizado com uma amostra mista, composta por EES espanhóis e portugueses; ainda como outros estudos, que referem elevadas percentagens de Nomofobia detetada entre EES (4, 5, 6, 9).

Também no que concerne a outras terminologias adotadas pelos autores, elevadas percentagens de prevalência foram apuradas: 45,8% dos participantes de um estudo foram categorizados como utilizadores excessivos de *smartphone* (17); apurado aumento do uso problemático de internet e *smartphone* na última década (18); 52,7% dos participantes de um estudo apresentaram uso problemático uso da Internet (19); verificada uma percentagem de 71,3% de dependentes do *smartphone* por outro estudo (21).

No que concerne à relação com o género, maiores prevalências de Nomofobia foram detetadas entre o sexo masculino (6, 7, 10), sendo que apenas um estudo detetou maior prevalência entre o sexo feminino (2). Contrariamente, no que respeita a outras terminologias, maiores prevalências foram detetadas entre mulheres (18, 23, 25 (dependência de *smartphone*)), sendo que apenas um estudo detetou maior prevalência de dependência de internet entre homens (25).

Relativamente à faixa etária, verifica-se uma clara tendência para um aumento da prevalência de dependência em idade mais jovem (6, 7). No entanto, também outras variáveis sociodemográficas foram consideradas como preditores do Nomofobia/dependência, como o nível de educação (6, 7); fatores sociais e culturais (18) ou situação económica familiar e *status* (24).

Relativamente ao impacto da Nomofobia no desempenho académica, efeitos nefastos foram apresentados (1, 13).

No que respeita a alterações da saúde mental, várias consequências são relatadas pela maioria dos estudos que compõe o *corpus* de análise, relativamente à apresentação de Nomofobia, ou a outras terminologias adotadas pelos autores: medo, desconforto ou ansiedade (2, 7, 14, 23, 24, 25); comportamento obsessivo (11); pontuações mais baixas ao nível de bem-estar psicológico (17) interferência com o processo de tomada de decisão (22); sensação de solidão (21) e disfunção social (24) são as consequências mais detetadas, decorrentes da dependência apresentada.

No que concerne à relação com a qualidade do sono, apenas foi encontrada evidência produzida relativa a terminologias associadas à Nomofobia, mas não diretamente à Nomofobia. Dependência do *smartphone* foi correlacionada com baixa qualidade subjetiva do sono e sonolância (20); distúrbios do sono foram considerados preditores significativos de dependência de *smartphone* (24); dependência em internet foi significativamente associada à qualidade subjetiva do sono, latência, duração do sono, distúrbios do sono, uso de medicação indutora de sono e disfunção diurna, sendo que pior qualidade do sono foi observada em graus moderados e graves de dependência da Internet (27).

Tais evidências sugerem ser possível uma relação entre a Nomofobia e a qualidade do sono.

Relativamente à evidência produzida em torno da relação da Nomofobia, Dependência de Internet e Dependência de Smartphone com o SOC, nenhuma evidência foi encontrada nos estudos que compõem este *corpus* de análise.

PARTE II- TRABALHO EMPÍRICO

1. Metodologia

Ao longo do século XX, a ciência sofreu profundas alterações, equiparadas por Bindé (2008), ao surgimento de uma terceira revolução industrial, a das novas tecnologias. Segundo o autor, esta revolução impulsionou a globalização, lançando os alicerces da economia e do conhecimento e alocando os recursos cognitivos em posição central relativamente à atividade humana e desenvolvimento social.

De facto,

“é inegável que o uso da Internet vem ganhando espaço de forma progressiva e imparável em todas as esferas das nossas vidas, desde as atividades de lazer e entretenimento até a forma como as relações sociais se estabelecem, constituindo também uma fonte de informações de referência (...).” (Mayer, 2011, p.287)

Desde o seu surgimento, até à rápida difusão por vários países, organizações, indivíduos e culturas a nível mundial, a internet adaptou-se a múltiplas necessidades. A possibilidade que oferece ao utilizador de se adequar às suas próprias necessidades torna-a incomparavelmente maleável, sendo já indispensável na atualidade (DiMaggio, 2001).

Esta vasta gama de possibilidades, aliada à imersão digital vivenciada pelos jovens da atualidade, desde a sua infância, dificulta o equilíbrio entre um uso saudável e um uso excessivo, ou abuso, das novas tecnologias de informação e comunicação. De facto, a forma de utilização da internet pelos jovens, assim como o seu impacto nesta população, é objeto de preocupação entre entidades governamentais e não governamentais. Nesta linha de pensamento, assume-se como vital a necessidade de desenvolvimento de estratégias promotoras de uma maior conscientização sobre a necessidade de garantir uma utilização segura das tecnologias de informação e comunicação, como os *smartphones*, por parte dos jovens (Mayer, 2011).

O fascínio pelos *smartphones* atinge um número cada vez maior de utilizadores em Portugal. A Marktest (2019) destaca-o como a plataforma de acesso à internet com registo do maior aumento percentual no último ano (mais nove pontos percentuais), sendo que em 2018 o PC liderava ainda como plataforma de eleição no acesso à internet (PC - 55%, *smartphone* – 52%). Já em 2019, a ascensão de preferência pelo famoso aparelho móvel tornara-se ainda mais evidente, sendo utilizada por 61% dos utilizadores de internet, ultrapassando assim o PC, que regista 60%.

Quando comparadas as percentagens evolutivas de internautas regulares que utilizam o *smartphone* como plataforma de acesso à internet, no último ano, verificam-se também números bastante expressivos: os homens registam um aumento de 10 pontos percentuais (2018 - 56%, 2019 – 66%) e as mulheres um aumento de 8 pontos percentuais

(2018 - 48%, 2019 – 56%). No que concerne à idade, verificam-se aumentos percentuais em todas as faixas etárias (15-24 – passa de 88% em 2018, para 94% em 2019; 25-34 - passa de 88% em 2018, para 93% em 2019; 35-44 - passa de 78% em 2018, para 87% em 2019; 45-54 - passa de 48% em 2018, para 64% em 2019; 55-64 - passa de 25% em 2018, para 35% em 2019) (Marktest, 2019).

Quando observado o crescimento da popularidade das redes sociais em Portugal, que passaram de 17,1% de utilizadores em 2008 para 63,6% em 2019, verifica-se que o acesso mais frequente é realizado através do *smartphone* (Marktest, 2019).

Como se pode constatar, os dados demonstram um crescimento exponencial de utilizadores de *smartphones* a nível nacional. Tal constatação, aliado ao conhecimento prévio da realidade a nível internacional sobre a problemática da Nomofobia, impulsiona o interesse, enquanto futura mestre e EEEC, em conhecer um pouco da realidade de um *setting* de intervenção ainda parcialmente a descoberto, as IES, em particular, no que concerne a esta problemática.

A clara assunção dos pressupostos enunciados alinha-se com os princípios de ação explanados na carta de Okanagan, que incentivam a promoção de pesquisa, inovação e ação com base em evidências que visem a formulação de políticas e práticas de fortalecimento e sustentabilidade da saúde em meio universitário (WHO, 2015).

No presente capítulo será apresentada a metodologia de investigação, que engloba as questões que norteiam esta investigação, a finalidade e objetivos delineados para lhes dar resposta, tipo de estudo, população e amostra, variáveis, instrumentos e procedimentos de recolha de dados, procedimentos éticos e de tratamento estatístico dos dados.

1.1. Questões de Investigação, finalidade e objetivos

Como foi possível constatar no capítulo anterior, os efeitos adversos que a Nomofobia acarreta manifestam-se tanto a nível físico como mental, e tendem a prejudicar o percurso pessoal e académico dos estudantes universitários.

A nível comunitário, a promoção da saúde no âmbito das IES representa um novo *setting* ao qual urge dar resposta, estando as IES em posição de gerar, partilhar e implementar conhecimento e resultados de pesquisas, de forma a contribuir para a melhoria da saúde dos cidadãos e comunidades (WHO, 2015).

Assim sendo, atendendo à revisão bibliográfica efetuada, considerou-se pertinente procurar dar resposta às seguintes questões de investigação:

- Qual a relação entre a Nomofobia e o SOC apresentado pelos estudantes que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado por uma IES localizada no Norte de Portugal?
- Qual a prevalência da Nomofobia entre estudantes que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado por uma IES localizada no Norte de Portugal?
- Qual a relação entre as características sociodemográficas e comportamentos de vida e a Nomofobia em estudantes de uma IES no Norte de Portugal?

Desta forma, este estudo de investigação tem como finalidade contribuir para o conhecimento da magnitude da problemática e eventual necessidade de intervenção no âmbito da prevenção e combate da Nomofobia entre os estudantes de uma IES localizada no Norte de Portugal.

De forma a nortear esta investigação, foram definidos os seguintes objetivos de estudo:

- Determinar a prevalência da Nomofobia entre os estudantes que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado por uma IES localizada no Norte de Portugal;
- Caracterizar o perfil dos estudantes que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado por uma IES localizada no Norte de Portugal, no que concerne à Nomofobia e sua relação com fatores sociodemográficos (Sexo, idade e estado civil) e comportamentos de vida (prática de exercício físico, perceção do estado de saúde, perceção da qualidade do sono, hábitos tabágicos e etílicos).
- Avaliar a correlação entre Nomofobia apresentado e o SOC, entre os estudantes que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado por uma IES localizada no Norte de Portugal;

1.2. Tipo de Estudo

O presente estudo assenta no paradigma quantitativo de natureza transversal, dado que se faz a observação dos fenómenos no seu contexto natural e num só momento (Sampieri, Collado e Lúcio, 2013).

Assume ainda um caráter analítico-correlacional, tendo em conta que se pretende conhecer a realidade que atinge os ESS de uma determinada IES localizada no Norte de Portugal no que concerne à problemática da Nomofobia, assim como pretende identificar e descrever possíveis relações entre variáveis (Fortin, 1999).

1.3. População e Amostra

Definem-se, como população-alvo desta investigação, os alunos matriculados em qualquer um dos cursos do ensino superior lecionados por uma IES localizada no Norte de Portugal, mais precisamente na região do Alto-Minho.

A região do Alto-Minho, inteiramente constituída pelo distrito de Viana do Castelo, é uma sub-região estatística portuguesa NUTS III e integra-se na região Norte de Portugal. Apresenta uma área total de 2219 Km² e um número total de habitantes de 244 836 (INE, 2011).

São dez os conselhos que compõe a região do Alto Minho: Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte do Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.

A população alvo desta investigação constitui um total de 4343 alunos (N) de diversas vertentes do ensino superior, nomeadamente licenciaturas, pós-graduações e mestrados, que se dividem por 6 estabelecimentos de ensino, alguns deles situados em regiões urbanas, outros em regiões rurais.

Os questionários foram disponibilizados a todos os estudantes da IES da referida instituição via *online*, segundo os seguintes critérios de inclusão:

- Idade mínima para a participação igual ou superior a 18 anos;
- Estudante de uma das Unidades Orgânicas da IES em questão.

1.4. Variáveis

As variáveis definidas para este estudo, assim como a sua operacionalização, podem ser consultadas na Tabela 4.

Tabela 4. Definição e operacionalização das variáveis

	Variável	Operacionalização	Nível de mensuração
Dependentes	Nomofobia NMP-Q-PT	Escala com 20 itens-respostas pontuadas entre 1 e 7	Quantitativa-escalar
	SOC	Escala com 29 itens (alguns dos quais invertidos) - respostas pontuadas entre 1 e 7	Quantitativa-escalar

Independentes	Sexo	Masculino/ Feminino	Qualitativa-nominal
	Idade	Idade (Anos)	Quantitativa-escalar
	Estado civil	Solteiro/Casado /Viúvo/Divorciado	Qualitativa-nominal
	Perceção do estado de saúde	Muito bom/Bom/Razoável/ Mau/Muito mau	Qualitativa-ordinal
	Prática de exercício físico (pelo menos 10min. seguidos)	Nº de dias por semana	Quantitativa-escalar
	Pessoas próximas a quem pode recorrer em caso de problema pessoal grave	Nenhuma/1 a 2/3 a 5/6 ou mais	Quantitativa-escalar
	Hábitos tabágicos	Sim - diariamente/ Sim - ocasionalmente/ Não	Qualitativa-nominal
	Nº de cigarros por dia	Nº de cigarros	Quantitativa-escalar
	Idade com que começou a fumar diariamente	Idade (anos)	Quantitativa-escalar
	Hábitos etílicos nos últimos 12 meses	Todos os dias ou quase todos os dias/5 a 6 dias por semana/3 a 4 dias por semana/1 a 2 dias por semana/2 a 3 dias por mês/uma vez por mês/menos de uma vez por mês/Não consumiu, por ter deixado de consumir álcool/Nunca consumiu, ou só ocasionalmente para provar	Qualitativa-ordinal
	Nº de bebidas alcoólicas consumido	16 ou mais/10 a 15/6 a 9/4 a 5/3/2/1/0	Qualitativa-ordinal
	Horário habitual de deitar, durante o mês passado	Horário (h:min)	Qualitativa-nominal
	Tempo que demorou para adormecer, durante o mês passado	Tempo (min.)	Quantitativa-escalar
	Nº de horas de sono por noite, durante o mês passado	Nº de horas (h:min)	Quantitativa-escalar
Perceção da qualidade do sono, durante o mês passado	Muito bom/Bom/ Razoável/Mau/Muito mau	Qualitativa-ordinal	
Recurso a terapêutica indutora do sono, durante o mês passado	Nunca/Menos de 1xsemana/1 ou 2xsemana/ 3xsemana ou mais	Qualitativa-ordinal	

1.5. Instrumentos de recolha de dados

Com vista à recolha de informação pertinente, que permitisse atingir os objetivos delineados, a recolha de dados para este estudo foi realizada recorrendo a um protocolo de investigação de autopreenchimento, composto por 3 questionários:

1.5.1. Questionário Sociodemográfico e percepção de estado de saúde e hábitos de vida

O primeiro questionário foi construído de forma a permitir a caracterização sociodemográfica dos participantes, assim como dos seus hábitos de sono, de prática de exercício físico, alimentares, tabágicos e etílicos (Anexo I). Como fontes para a realização deste questionário, foram utilizados o Inquérito Nacional de Saúde 2014 e o Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT) (João [et al.], 2017).

1.5.2. Questionário de Nomofobia – NMP-Q-PT

O questionário de Nomofobia (NMP-Q) (Yildirim e Correia, 2015) é uma escala likert constituído por 20 itens de 7 valores, que variam entre o 1 (discordo totalmente) e o 7 (concordo totalmente), sendo que apenas os extremos são legendados. No seu estudo de validação, realizado com uma amostra de 301 estudantes, os autores obtiveram, relativamente à análise da consistência interna, um valor de alfa de Cronbach de 0.95, indicador de uma elevada consistência interna do instrumento

A versão portuguesa, validada em 2020, por Galhardo [et al.], manteve todos os itens da versão original. Posteriormente foi publicado um artigo, proveniente do estudo realizado com uma amostra de 500 participantes, que evidencia a consistência, construto e validade discriminante do NMP-Q-PT (Anexo II), sendo considerado um instrumento válido para a medição da Nomofobia (Galhardo [et al.], 2020).

O questionário avalia 4 dimensões:

- (1) “não ser capaz de comunicar” (engloba os itens 10, 11, 12, 13, 14 e 15) - refere-se aos sentimentos de perda de comunicação instantânea com outras pessoas e à impossibilidade de acesso aos serviços que possibilitam essa comunicação;
- (2) “perder a conexão” (engloba os itens 16, 17, 18, 19 e 20) - refere-se ao sentimento de perda da omnipresença e conectividade possibilitadas pelos *smartphones* e desconexão da identidade *online*, em especial das redes sociais;
- (3) “não poder aceder a informações” (engloba os itens 1, 2, 3 e 4) - espelha o desconforto da perda de acesso generalizado à informação através dos *smartphones*;

- (4) “desistir da convivência” (engloba os itens 5, 6, 7, 8 e 9) - reflete a ânsia de posse sobre os sentimentos de convivência/comodidade proporcionados pelos *smartphones*.

A pontuação total resulta da soma das respostas a cada item, podendo obter-se um resultado que varia entre um mínimo de 20 e um máximo de 140 pontos, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a um nível mais grave de Nomofobia. Assim sendo, consideram-se 4 níveis, que se classificam da seguinte forma:

- 20 pontos - ausência de Nomofobia;
- 21 a 59 pontos - nível leve de Nomofobia;
- 60 a 99 pontos - nível moderado de Nomofobia;
- 100 a 140 pontos – nível grave de Nomofobia.

1.5.3. Escala de Avaliação SOC

A versão original do Questionário do SOC foi desenvolvida por Antnovsky (1987). Por sua vez, a versão portuguesa foi traduzida e validada por Saboga Nunes (1999) (Anexo III), com recurso a uma amostra de 643 indivíduos.

Trata-se de um instrumento fechado e sistematizado, que permite avaliar a capacidade de domínio dos acontecimentos da vida e suas incoerências (Nunes, 1999).

A escala compreende 29 itens, que avaliam três dimensões distintas: Capacidade de Compreensão, Capacidade de Gestão e Capacidade de Investimento. Cada uma destas dimensões engloba um diferente conjunto de itens da escala, que se dividem da seguinte forma: Capacidade de Compreensão – engloba 11 itens (1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 26), Capacidade de Gestão – engloba 10 itens (2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 e 29), Capacidade de Investimento – engloba 8 itens (4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 e 28).

Todos os itens tem 7 possibilidades de resposta, sendo alguns dos quais invertidos (1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27), organizadas numa escala ordinal pontuada de 1 a 7.

A um maior valor resultante da soma dos diferentes itens, corresponde um maior SOC, correspondendo a pontuação mínima possível de 29 e a máxima a 203.

Quanto à consistência interna da versão original, é classificada como elevada (alpha de Cronbach de 0.84 a 0.93). A versão portuguesa revelou, também, uma consistência interna elevada, com um valor de alfa de Cronbach entre 0,83 a 0.90 (Nunes, 1999).

1.6. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados decorreu entre o dia 15 de abril de 2020 e o dia 11 de maio de 2020. O preenchimento dos questionários foi efetuado via *online*, através da plataforma “google forms”. O pedido de colaboração, assim como a devida apresentação da investigação e respetivos objetivos, foi enviado por e-mail às Direções das Unidades Orgânicas da IES em causa (Apêndice I). Após devidamente aprovado, o pedido de colaboração foi encaminhado, via e-mail, aos estudantes, dando também a conhecer a investigação em curso e objetivos da mesma. Foi solicitado o preenchimento voluntário e anónimo dos questionários, que se encontravam concentrados num único documento.

1.7. Procedimentos formais e éticos

As normas de conduta ética foram respeitadas nas diferentes fases do presente estudo, na medida em que foi salvaguardado o bom nome e reputação da instituição envolvida, assim como dos participantes. Assim, para a sua realização, foi solicitada via e-mail a autorização das Direções das Unidades Orgânicas abrangidas pela investigação, tal como o pedido de reencaminhamento dos questionários de preenchimento *online* (Apêndice I).

Foi solicitada a devida autorização de utilização, via e-mail, aos autores da Escala de Avaliação SOC (Apêndice II) e do Questionário de Nomofobia - NMP-Q-PT (Apêndice III), tendo esta sido concedida.

Foram cumpridos os princípios éticos.

Assim, foram respeitadas as recomendações das Declarações de Helsínquia e das revisões de Tóquio, Veneza, Hong Kong, Sommerset West, Edimburgo e Seul para investigações envolvendo pessoas.

1.8. Procedimentos estatísticos

Relativamente à análise exploratória dos dados, foram aplicadas medidas de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, mediana, desvio padrão, valor mínimo (Mín) e máximo (Máx)), coeficiente alfa de Cronback (α) e estatística inferencial.

A dispersão foi ainda verificada pelo desvio padrão e pelo coeficiente de variação (CV), considerando-se, nos termos propostos por Pestana e Gageiro (2014): $CV = DP/M * 100$, em que $CV \leq 15\%$ corresponde a fraca dispersão; $15\% < CV \leq 30\%$ corresponde a moderada dispersão e $CV > 30\%$ corresponde a forte dispersão.

Para verificar a distribuição da normalidade nas variáveis em estudo foi realizado o teste de Shapiro-Wilk (W) ($n < 50$) ou o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors (D) ($n \geq 50$). A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene (F). Com amostras de dimensão $n \geq 30$, foi invocado o Teorema Limite Central (TLC) para

justificar a adoção de procedimentos paramétricos, desde que não ocorra forte assimetria e/ou curtose. Segundo Kline (2011), considera-se satisfeito o pressuposto da normalidade se o quociente da divisão entre o valor de assimetria (*Skewness*) pelo desvio padrão de assimetria e o valor do coeficiente da divisão da curtose (*Kurtosis*) pelo desvio padrão de curtose se situar no intervalo entre -3 e 3.

Para a análise de correlação entre as variáveis ordinais, recorreu-se ao coeficiente de correlação de postos de Spearman (ρ), que varia entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo dos extremos, maior será a associação entre as variáveis.

O estabelecimento de comparação entre dois grupos independentes foi realizado através da aplicação do teste t de medidas independentes.

A análise estatística e o tratamento dos dados, obtidos através da aplicação dos instrumentos acima mencionados, realizou-se através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para o Windows, versão 26.

O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($\alpha=0.05$).

2. Apresentação dos resultados

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos no presente estudo de investigação. É feita a caracterização sociodemográfica e a caracterização de hábitos de vida dos participantes, apresentados os resultados relativos a avaliação de Nomofobia, assim como do estudo das características psicométricas dos instrumentos de recolha de dados utilizados nesta investigação, o NMP-Q-PT e SOC.

Posteriormente são apresentados os resultados de análise bivariada, bem como análise de relações entre as variáveis em estudo, em resposta aos objetivos de investigação previamente delineados.

Salienta-se o facto de que se optou pelo agrupamento de algumas variáveis, no sentido de garantir as condições necessárias para a utilização dos testes estatísticos mais adequados.

2.1 Caracterização da amostra quanto a fatores sociodemográficos, percepção de estado de saúde e hábitos de vida

A amostra em estudo é constituída por 234 EES, das várias Unidades Orgânicas de uma IES da Região Norte do país, onde se realizou a investigação.

A idade apresenta um valor médio \pm desvio padrão (dp) de $24,3 \pm 7,7$ anos, variando entre os 18 e os 64 anos, sendo que 85,9% dos participantes apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos.

A amostra em estudo compõe-se, na sua maioria, por estudantes do sexo feminino (81,2%), predominantemente solteiros (88,5%), tal como consta na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição absoluta e relativa da amostra, segundo a caracterização sociodemográfica dos participantes

Características sociodemográficas	Total de participantes <i>n</i> = 234	
	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	190	81,2
Masculino	44	18,8
Idade		
18-29 anos	201	85,9
30-39 anos	19	8,1
40-64 anos	14	6,0
Estado Civil		
Solteiro(a)	207	88,5
Casado(a)	23	9,8
Viúvo(a)	2	0,9
Divorciado(a)	1	0,4
Prefere não responder	1	0,4

Como se pode verificar na Tabela 6, a grande maioria dos inquiridos considera apresentar um bom estado de saúde geral (67,9%).

Quanto aos hábitos tabágicos, verifica-se que a grande maioria não apresenta (83,3%), sendo que, dos que apresentam (16,7%), a maioria refere fumar diariamente (51,3%).

Relativamente aos hábitos etílicos, 27% dos inquiridos refere ter consumido bebidas alcoólicas, nos últimos 12 meses, “menos de uma vez por mês”. Uma percentagem de 20,5% dos participantes refere que nos últimos 12 meses “nunca consumiu, ou só ocasionalmente para provar” e 17,5% refere ter consumido álcool “1 a 2 dias por semana”.

No que concerne à qualidade do sono no último mês, é considerada de razoável pela maioria dos sujeitos (43,2%), sendo que 31,6% a classifica como boa. Uma percentagem de 17,5% dos participantes classifica a sua qualidade de sono como má ou muito má. Uma percentagem de 37,6% dos inquiridos refere ter dormido cerca de 8h por noite, no último mês. Quanto ao tempo que demoraram, em média, para adormecer no último mês, 47,9% dos inquiridos referem ter demorado entre 0 a 20 minutos.

Relativamente à prática de exercício físico, 17,9% dos participantes pratica exercício físico, pelo menos 10 minutos seguidos, em 3 dias da semana. Uma percentagem de 15,4% dos participantes admite não praticar exercício físico, pelo menos 10 minutos seguidos, em nenhum dia da semana.

Tabela 6. Distribuição absoluta e relativa da amostra, segundo a perceção do estado de saúde e hábitos de vida dos participantes

Perceção de estado de saúde e hábitos de vida	Total de participantes <i>n</i> = 234	
	<i>n</i>	%
Perceção do estado de saúde		
Muito bom	29	12,4
Bom	159	67,9
Razoável	43	18,4
Mau	3	1,3
Hábitos tabágicos		
Sim	39	16,7
Regularidade		
Diariamente	20	51,3
Ocasionalmente	16	41,0
NS/NR	3	7,7
Não	195	83,3
Hábitos etílicos nos últimos 12 meses		
Todos os dias ou quase todos os dias	7	3,0
5 a 6 dias por semana	1	0,4
3 a 4 dias por semana	8	3,4
1 a 2 dias por semana	41	17,5
2 a 3 dias por mês	35	15,0

Uma vez por mês	20	8,5
Menos de uma vez por mês	64	27,4
Não consumiu nos últimos 12 meses, por ter deixado de consumir álcool	7	3,0
Nunca consumiu, ou só ocasionalmente para provar	48	20,5
Prefere não responder	1	0,4
Não sabe	2	0,9
Nº de bebidas alcoólicas consumido		
10 a 15 bebidas por dia	2	1,1
6 a 9 bebidas por dia	11	6,1
4 a 5 bebidas por dia	18	10,1
3 bebidas por dia	22	12,3
2 bebidas por dia	34	19,0
1 bebida por dia	64	35,8
0 bebidas por dia	24	13,4
NS/NR	4	2,2
Percepção da qualidade do sono, durante o mês passado		
Muito bom	16	6,8
Bom	74	31,6
Razoável	101	43,2
Mau	32	13,7
Muito mau	9	3,8
NS/NR	2	0,9
Nº de horas de sono por noite, durante o mês passado		
4 horas	4	1,7
5 horas	6	2,6
6 horas	31	13,2
7 horas	48	20,5
8 horas	88	37,6
9 horas	46	19,7
10 horas	9	3,8
11 horas	2	0,9
Tempo que demorou para adormecer, durante o mês passado		
Entre 0 a 20min.	112	47,9
Entre 10 a 40min.	52	22,2
Mais de 40min.	69	29,5
NS/NR	1	0,4
Recurso a terapêutica indutora do sono, durante o mês passado		
Menos de 1x por semana	5	2,1
1 ou 2x por semana	7	2,9
3x por semana	13	5,6
Nunca	207	88,5
NS/NR	2	0,9
Prática de exercício físico (pelo menos 10min. seguidos)		
0 dias por semana	36	15,4
1 dia por semana	18	7,7
2 dias por semana	28	12,0
3 dias por semana	42	17,9
4 dias por semana	30	12,8
5 dias por semana	38	16,2
6 dias por semana	16	6,8
7 dias por semana	13	5,6
NS/NR	13	5,6

2.2 Características psicométricas dos questionários utilizados

2.2.1 Questionário de Nomofobia – NMP-Q-PT

Relativamente à consistência interna do instrumento, tal como pode observar-se na Tabela 7, o valor de alfa de Cronbach obtido no presente estudo é de 0,96 (muito boa). Quando avaliadas as suas dimensões, no presente estudo, estes valores variaram entre um mínimo de 0,83 (boa) na dimensão “Desistir da Convivência” e um máximo de 0,96 (muito boa) na dimensão “Não ser capaz de comunicar” (Pestana & Gageiro, 2014).

Tabela 7. Consistência interna do NMP-Q-PT

Questionário NMP-Q-PT e suas dimensões	Alpha de Cronbach
NMP-Q-PT total	0.96
Não ser capaz de comunicar	0.96
Perda de conexão	0.87
Não poder aceder a informações	0.91
Desistir da convivência	0.83

Foi estudada a normalidade de distribuição das dimensões do NMP-Q-PT. Como se pode verificar na Tabela 8, através do cálculo do coeficiente de assimetria/curtose. Consta-se que todas as dimensões seguem uma distribuição normal, situando-se entre -3 e 3 (Kline, 2011).

Tabela 8. Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose, segundo as dimensões do NMP-Q-PT

Questionário NMP-Q-PT e suas dimensões	Medida	Valor	Estatística do teste padrão
NMP-Q-PT total	Assimetria	0,130	0,159
	Curtose	-0,492	0,318
Não ser capaz de comunicar	Assimetria	-0,251	0,159
	Curtose	-0,944	0,318
Perda de conexão	Assimetria	1,000	0,159
	Curtose	0,741	0,318
Não poder aceder a informações	Assimetria	-0,186	0,159
	Curtose	-0,973	0,318
Desistir da convivência	Assimetria	0,664	0,159
	Curtose	0,127	0,318

2.2.2 Escala de avaliação SOC

Quanto à Escala de Avaliação SOC, como se pode observar na Tabela 9, a consistência interna do instrumento, avaliado pelo alfa de Cronbach, é de 0,90 (muito boa). Desta forma, observa-se um valor idêntico ao obtido na validação da versão portuguesa, que apresentou um valor de alfa de *Cronbach* entre 0,83 e 0.90, nas diferentes dimensões.

Relativamente às suas dimensões, estes valores variaram entre um mínimo de 0,77 (razoável) para a dimensão “Capacidade de compreensão” e um máximo de 0,83 (boa) para a dimensão “Capacidade de investimento” (Pestana & Gageiro, 2014).

Tabela 9. Consistência interna da escala de avaliação SOC

Escala de Avaliação SOC e suas dimensões	Alpha de Cronbach
SOC total	0.90
Capacidade de compreensão	0.77
Capacidade de gestão	0.79
Capacidade de investimento	0.83

O estudo da normalidade de distribuição das dimensões da Escala de Avaliação SOC foi efetuado através do cálculo do coeficiente de assimetria/curtose, como é possível observar na Tabela 10. Consta-se que todas as dimensões seguem uma distribuição normal, situando-se entre -3 e 3 (Kline, 2011).

Tabela 10. Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose, segundo as dimensões da Escala de Avaliação SOC

Escala de Avaliação SOC e suas dimensões	Medida	Valor	Estatística do teste padrão
SOC total	Assimetria	0,043	0,159
	Curtose	0,124	0,317
Capacidade de compreensão	Assimetria	0,238	0,159
	Curtose	-0,137	0,317
Capacidade de gestão	Assimetria	-0,42	0,159
	Curtose	0,316	0,317
Capacidade de investimento	Assimetria	-0,254	0,159
	Curtose	-0,408	0,317

2.3 Avaliação de Nomofobia

Na Tabela 11 são apresentados os resultados obtidos pela aplicação do questionário NMP-Q-PT, assim como em cada uma das suas dimensões em particular (“não ser capaz de comunicar”, “perda de conexão”, “não poder aceder a informações” e “desistir da convivência”), em termos de estatística descritiva (valores mínimos e máximos, médias, medianas e desvios padrão).

Foi ainda calculado o coeficiente de variação para cada uma das dimensões do NMP-Q-PT, observando-se uma forte dispersão ($CV > 30\%$). Este resultado indica a existência de comportamentos heterogêneos dos sujeitos face aos itens que compõem cada uma das dimensões do NMP-Q-PT, contudo a pontuação média obtida no questionário (68,48) situa a amostra num nível moderado de Nomofobia. Pode observar-se que a dimensão “Não ser capaz de comunicar” apresenta pontuação média mais elevada (25,4), seguida da dimensão “Não poder aceder a informação” (15,58), sendo de salientar o facto de esta última apresentar o valor máximo mais baixo (28).

Tabela 11. Média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo e coeficiente de variação nas dimensões do NMP-Q-PT.

Dimensões do NMP-Q-PT	Méd.	Med.	DP	Mín	Máx	CV
Não ser capaz de comunicar	25,40	26,00	10,08	6	42	41,7
Perda de conexão	12,39	11,00	6,41	5	35	51,8
Não poder aceder a informações	15,58	16,00	6,33	4	28	40,4
Desistir da convivência	15,12	14,00	6,71	5	35	44,4
NMP-Q-PT (Total)	68,48	69,00	25,93	20	140	37,8

Relativamente à prevalência da Nomofobia, 229 inquiridos (97,9%) apresentaram algum nível de Nomofobia, sendo que a maioria apresenta um nível moderada (53%), e 32,9% apresentam um nível leve. Não negligenciável o valor de 12%, que apresentam um nível grave de Nomofobia. Apenas 2,1% apresentam ausência de Nomofobia, como apresentado na Tabela 12.

Tabela 12. Frequência absoluta (n) e relativa (%) de indivíduos em cada nível de Nomofobia.

Nível de Nomofobia	n	%
Ausência (20 pontos)	5	2,1
Nível leve (21 a 59 pontos)	77	32,9
Nível moderado (60 a 99 pontos)	124	53,0
Nível grave (100 a 140 pontos)	28	12,0

2.4 Avaliação do SOC

Na Tabela 13 são apresentados os resultados obtidos pelos participantes na escala de avaliação SOC, assim como em cada uma das suas dimensões em particular (“capacidade de compreensão”, “capacidade de gestão” e “capacidade de investimento”), em termos de estatística descritiva (valores mínimos e máximos, médias, medianas e desvios padrão).

Foi também calculado o coeficiente de variação para cada uma das dimensões da escala de avaliação SOC, em todas elas, a dispersão é moderada ($15% < CV \leq 30\%$).

Verifica-se que a dimensão que apresenta um valor médio superior é a “capacidade de gestão” (44,79), enquanto a dimensão “Capacidade de investimento” apresenta um valor médio inferior (39,20). É, contudo, necessário ter em conta que a pontuação máxima possível de obter na dimensão “Capacidade de investimento” é de 56 valores, ao passo que na dimensão “Capacidade de compreensão” é de 77 valores e na dimensão “Capacidade de compreensão” é de 70 valores.

Na totalidade da escala, o valor médio obtido foi de 126,75. Tendo em conta que a pontuação pode variar entre os 29 e os 203 pontos, observa-se um valor mediano no que se refere ao nível SOC da amostra deste estudo.

Tabela 13. Média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo e coeficiente de variação nas dimensões da escala de avaliação SOC.

Dimensões da escala de avaliação SOC	Méd.	Med.	DP	Mín	Máx	CV
Capacidade de compreensão	42,76	43,00	8,45	23	65	19.8
Capacidade de gestão	44,79	45,00	8,35	17	65	18.6
Capacidade de investimento	39,20	39,50	7,46	21	55	19.0
SOC (Total)	126,75	126,00	20,95	65	175	16,5

2.5 Nomofobia: Estudo das relações

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) nas várias dimensões, quando comparadas em relação à variável sexo, sendo estas diferenças motivadas pelos valores médios mais elevados em relação ao sexo feminino (tabela 14).

Apenas na dimensão “não poder aceder a informações” não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ($p = 0.704$).

Tabela 14. Teste t de medidas independentes na comparação entre sexo masculino vs sexo feminino, relativamente às dimensões do NMP-Q-PT.

Dimensões do NMP-Q-PT	Sexo Masculino (n=44)		Sexo Feminino (n=190)		Comparação	
	Méd	DP	Méd	DP	t	p
Não ser capaz de comunicar	20,59	10,78	26,51	9,57	-3.608	<0.001*
Perda de conexão	10,45	6,69	12,87	6,28	-2.273	0.024*
Não poder aceder a informações	15,25	7,62	15,65	5,99	-0.380	0.704
Desistir da convivência	13,07	7,35	15,58	6,47	-2.259	0.025*
NMP-Q-PT (Total)	59,36	29,01	70,62	24,70	-2.632	0.009*

* diferenças significativas ($p < 0.05$).

Relativamente à idade dos participantes, verifica-se correlação estatisticamente significativa, embora fraca, com as diferentes dimensões do questionário NMP-Q-PT e também com o nível de Nomofobia apresentado ($\rho = -,227$) (Tabela 15).

Tabela 15. Correlação de Spearman entre a idade e as dimensões do NMP-Q-PT

ρ de Spearman	(n=234)	Não ser capaz de Comunicar	Perda de conexão	Não poder aceder a informações	Desistir da convivência	NMP-Q-PT (total)
		Idade	Coef. de correlação	-,218**	-,179**	-,173**
	Valor de ρ . (2 extrem.)	,001	,006	,008	,002	<,001

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Relativamente à associação entre os resultados obtidos no questionário NMP-Q-PT e a perceção do estado de saúde, verifica-se uma associação positiva e fraca ($R_s 0.121$; $p=0,066$) e sem significância estatística.

Observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões do NMP-Q-PT quando se comparam os fumadores e não fumadores (Tabela 16).

Tabela 16. Teste t de medidas independentes na comparação entre Fumadores vs Não Fumadores, relativamente às dimensões do NMP-Q-PT.

Dimensões do NMP-Q-PT	Fumador (n=39)		Não Fumador (n=195)		Comparação	
	Méd	DP	Méd	DP	t	p
Não ser capaz de comunicar	25,38	9,74	25,40	10,14	-0.009	0.993
Perda de conexão	11,15	6,17	12,67	6,45	-1.351	0.178
Não poder aceder a informações	17,10	6,79	15,27	6,19	1.659	0.098
Desistir da convivência	14,72	6,50	15,18	6,75	-0.396	0.692
NMP-Q-PT (Total)	68,36	24,7	68,53	26,17	-0.037	0.970

Quando comparado o consumo de bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana e menos de um dia por semana, não se observam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões do NMP-Q-PT (Tabela 17).

Tabela 17. Teste *t* de medidas independentes na comparação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelo menos 1 dia por semana vs menos de 1 dia por semana, relativamente às dimensões do NMP-Q-PT.

Dimensões do NMP-Q-PT	Pelo menos 1 dia por semana (n=57)		Menos de 1 dia por semana (n=174)		Comparação	
	Méd	DP	Méd	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Não ser capaz de comunicar	23,70	10,24	25,97	10,04	-1,471	,143
Perda de conexão	11,60	6,50	12,69	6,42	-1,113	,267
Não poder aceder a informações	15,35	6,67	15,68	6,26	-,337	,736
Desistir da convivência	13,61	7,24	15,57	6,51	-1,918	,056
NMP-Q-PT (Total)	64,26	26,98	69,91	25,65	-1,424	,156

Relativamente à perceção da qualidade do sono dos participantes como bom ou razoável e mau ou muito mau, assim como ao tempo de demora para adormecer até 20 minutos e mais de 20 minutos, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas comparativamente com as dimensões do questionário NMP-Q-PT.

No que concerne à prática de exercício físico dos participantes, pelo menos durante 10 minutos seguidos, em 0 ou apenas 1 dia por semana e 2 ou mais dias por semana, a comparação estabelecida relativamente às dimensões do questionário NMP-Q-PT não revelou também diferenças estatisticamente significativas.

2.6 Correlações entre Nomofobia e SOC

Na Tabela 18 apresenta-se a matriz de correlações entre as várias dimensões do Questionário NMP-Q-PT e da Escala e Avaliação SOC, assim como a correlação das duas escalas na sua totalidade.

Verificam-se correlações negativas e estatisticamente significativas, embora fracas, entre todas as dimensões do questionário NMP-Q-PT e as dimensões da escala de avaliação SOC, exceto na dimensão “Capacidade de Investimento”, que apenas revela fraca correlação significativa com a dimensão “desistir da convivência”. Estes resultados revelam que uma menor “capacidade de compreensão”, assim como uma menor “capacidade de gestão”, indicando um menor SOC, se relaciona com um maior nível de Nomofobia.

Tabela 18. Matriz de correlações de Spearman entre as dimensões do Questionário NMP-Q-PT e da Escala de Avaliação SOC

ρ de Spearman (n=234)		Não ser capaz de comunicar	Perda de conexão	Não poder aceder a informação	Desistir da convivência	NMP-Q-PT total
Capacidade de Compreensão	Coef. de correlação	-,286**	-,148**	-,171**	-,183**	-,229**
	Valor de ρ . (2 extrem.)	<,001	,023	,009	,005	<,001
Capacidade de Gestão	Coef. de correlação	-,204**	-,224**	-,157*	-,282**	-,241**
	Valor de ρ . (2 extrem.)	,002	,001	,016	<,001	<,001
Capacidade de Investimento	Coef. de correlação	-,042	-,125	-,031	-,186**	-,099
	Valor de ρ . (2 extrem.)	,526	,057	,636	,004	,130
SOC Total	Coef. de correlação	-,204**	-,188**	-,137*	-,247**	-,217**
	Valor de ρ . (2 extrem.)	,002	,004	,037	<,001	,001

** A correlação é significativa no nível 0,01;

* A correlação é significativa no nível 0,05

3. Discussão dos resultados

No presente estudo, foi investigada a prevalência da Nomofobia entre EES de uma IES localizada no Norte de Portugal, assim como a sua relação com fatores sociodemográficos e de hábitos de vida, como prática de exercício físico, percepção do estado de saúde, percepção da qualidade do sono, hábitos tabágicos e etílicos e SOC.

À exceção do estudo de validação do questionário NMP-Q-PT, aplicado a uma amostra da população geral, não foram encontrados, através da pesquisa efetuada, estudos nacionais publicados, que tenham recorrido à aplicação do questionário NMP-Q-PT.

Maioritariamente feminina, a amostra apresenta-se congruente com os dados apresentados pela Direção Geral de Estatística da Educação e Ciência (2020), que revela uma maior percentagem de alunos do sexo feminino inscritos no ensino superior a nível continental (54,1%). Também em estudos internacionais revistos da avaliação de prevalência da Nomofobia em estudantes universitários (Cain e Malcon, 2019; Chico [et al.], 2018; Daei, Rizi e Soleymani, 2019; Farooqui [et al.], 2018; Puertas [et al.], 2019) esta tendência é observada.

O presente estudo evidenciou uma elevada percentagem de EES com algum nível de Nomofobia (97,9%), corroborando os resultados obtidos em estudos internacionais similares, como é o caso do estudo de Jilisha et al (2018), que evidenciou uma percentagem de 98,8%. Resultados obtidos por Cain e Malcon (2019) e Farooqui [et al.] (2018) evidenciaram mesmo que a totalidade dos seus participantes apresentava algum nível de Nomofobia.

Significativas percentagens, embora menores, foram detetadas por outros estudos internacionais. Dasgupta [et al.] (2017) observaram percentagens compatíveis com algum nível de Nomofobia superiores a 40% num estudo comparativo, ao passo que Prasad [et al.], (2017) apuraram uma menor percentagem (24,1%). Embora a comparação possa ser dificultada em função de utilização de instrumentos de avaliação diferentes, estes resultados espelham um lado mais nefasto do galopante desenvolvimento tecnológico que se vivencia atualmente, com especial enfoque nas possibilidades disponibilizadas pela internet, à distância de um click nos populares *smartphones*.

Não negando a sua imprescindibilidade, por facilitar inúmeras tarefas e constituir uma ferramenta fundamental, o uso do *smartphone*, quando ultrapassada a barreira da moderação, pode acarretar repercussões negativas. A tão elevada percentagem de EES que apresentam algum grau de Nomofobia no presente estudo faz soar o alarme, demonstrando a emergente necessidade de apurar qual a realidade vivenciada pelos nossos estudantes universitários, no sentido de dar resposta, através do planeamento e

execução por parte de equipas multidisciplinares, de projetos ajustados às necessidades. Neste âmbito, o EEEC possui as competências necessárias, para estabelecer, alicerçado na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (regulamento nº 428/2018, de 16 de julho), após a qual possuirá o conhecimento substancial para proceder a um planeamento e consequente intervenção adequada às necessidades de cada comunidade específica.

Numa análise mais pormenorizada em relação aos níveis de Nomofobia apurado pelo presente estudo, de salientar a elevada percentagem de estudantes (53%) com um nível moderado de Nomofobia e uma percentagem ainda significativa (12%) com um nível considerado grave. Esta situação é também congruente com os resultados obtidos por Farooqui [et al.] (2018) e Jilisha [et al.] (2019), onde a maioria dos participantes apresentou um nível moderado de Nomofobia, respetivamente 82,1% e 54,5%, ou os resultados obtidos por Chico [et al.] (2018), que apuraram uma percentagem de 79,3% de estudantes também nos níveis moderado ou grave de Nomofobia, ou resultados mais alarmantes, como os de Farooqui [et al.] (2018), que evidenciam uma percentagem de 82,1% dos participantes com pontuações compatíveis com nível moderado ou grave de Nomofobia, enquanto um outro estudo, realizado por Jilisha [et al.] (2019), apurou uma prevalência de Nomofobia grave de 23,5%, consideravelmente mais elevada que a prevalência de 12%, apurada no presente estudo.

São quase nulos os estudos a nível nacional com EES. Um estudo comparativo, entre EES espanhóis e portugueses, de duas IES, localizadas em Espanha e Portugal (Puertas [et al.], 2019) evidencia uma pontuação média obtida no questionário de Nomofobia pelos estudantes portugueses de 93,82, ao passo que a pontuação média na amostra de estudantes espanhóis foi mais baixa (78,84). Estes dados alinham-se, também, com a elevada prevalência de Nomofobia apurada pelo presente estudo.

Face ao exposto, urge o desenvolvimento de abordagens adequadas a esta aflorante problemática entre os EES, com vista ao alcance de ganhos efetivos em saúde. A capacitação e empoderamento destes estudantes e suas famílias, no que concerne ao adequado uso das novas tecnologias digitais, deve assumir um papel central na agenda de intervenção (Regulamento nº 428/2018, de 16 de Julho).

Quando se procede à análise dos resultados obtidos tendo em conta a relação com variáveis sociodemográficas, são verificadas diferenças com significado estatístico no que concerne às várias dimensões do questionário NMP-Q-PT, quando comparadas os resultados obtidos por sexo, verificando-se valores médios mais elevados nas estudantes do sexo feminino. Apenas na dimensão “não poder aceder a informações” não existem diferenças significativas entre homens e mulheres. Estes resultados vão de encontro aos

obtidos por Arpaci [et al.] (2017), onde as mulheres apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que os homens, relativamente à Nomofobia.

Também, no mesmo sentido, os resultados do estudo realizado por Carbonell [et al.] (2018) salientam que a percepção do uso problemático de Internet e *smartphone* aumentou na última década, sendo que as mulheres tendem a ser mais afetadas que os homens, ou os resultados apresentados por Lee [et al.] (2016) ou Tatenó [et al.] (2019), que evidenciam também pontuações mais elevadas entre o sexo feminino, quanto ao grau de dependência em *smartphone*.

Choi [et al.] (2015) identificaram o género feminino como fator de risco para a dependência do *smartphone*, ao passo que o género masculino foi identificado como fator de risco para a dependência da internet.

Estes resultados parecem então sugerir que as mulheres apresentam maiores dificuldades quando não são capazes de comunicar através dos seus *smartphones*, ou perdem a sua conexão; assim como parecem desistir da convivência mais facilmente que os homens, em detrimento do uso do *smartphone*.

A maior probabilidade para esta dependência por parte do sexo feminino, que parece evidente nos vários resultados obtidos, deve ser considerada aquando do planeamento de estratégias adequadas por parte do EEEC, na medida em que exigirá a compreensão das suas razões, assim como a diferenciação na abordagem a adotar.

Ao contrário dos estudos anteriormente referidos, realizados em Espanha, Turquia e Coreia do Sul, evidências opostas foram apresentadas por estudos realizados no Irão e na Índia, que encontraram associações significativas entre a Nomofobia e o sexo masculino, com maiores prevalências entre os homens (Daei, Rizi e Soleymani, 2019; Darvishi [et al.], 2019; Jilisha [et al.], 2019). Estas discrepâncias nos resultados entre países de distintas culturas poderão dever-se à maior liberdade de que os homens dispõem, ao contrário do que acontece com as mulheres, que enfrentam um maior controlo parental e uma maior restrição social (Jilisha [et al.], 2019).

Relativamente à idade dos participantes, no presente estudo verifica-se correlação estatisticamente significativa, embora fraca, com as diferentes dimensões do questionário NMP-Q-PT e também com o nível de Nomofobia apresentado, parecendo evidente que o risco de desenvolver nomofobia diminui com a idade, considerando o grupo etário estudado, refere-se então ao adulto jovem. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por estudos internacionais. Daei, Rizi e Soleymani (2019) e Jilisha [et al.] (2019) referem um acréscimo da prevalência de Nomofobia em idade jovem. Os resultados obtidos são, também, congruentes com a literatura sobre a temática, que apresenta os jovens como mais propensos à atratividade exercida pela internet e aplicações disponíveis para os *smartphones* (Tatenó [et al.], 2019).

Também os resultados apresentados por Ranjbaran [et al.] (2019), referem uma associação entre idade jovem (entre os 20 e os 24 anos) e uma elevada utilização do *smartphone*.

Caracterizada por Arnett (2015) como a idade das explorações de identidade, da instabilidade, do egocentrismo, dos sentimentos de transição e das possibilidades, esta fase desenvolvimental, associada à inserção em novos contextos, como a ingressão no ensino superior, pode também constituir um fator para esta maior prevalência.

Ao contrário do que seria de esperar, os resultados do presente estudo demonstram uma associação positiva fraca e sem significância estatística, relativamente à perceção do estado de saúde, comparativamente com as dimensões do questionário NMP-Q-PT. Contudo não deve ser desvalorizada a percentagem de 19,7% dos participantes que percecionam o seu estado de saúde como “razoável” ou “mau”. Assim, mesmo que de forma indireta, afigura-se pertinente colocar a hipótese subjetiva de uma possível implicação da Nomofobia na saúde dos participantes.

Estudos internacionais relatam diversas consequências a nível da saúde física e mental. Prasad [et al.] (2017) referem repercussões a nível da saúde mental, com uma concordância de 47,5% e uma forte concordância de 13,9% dos participantes, quanto à ansiedade causada pela falta de bateria ou de sinal de rede nos seus *smartphones*. Arpaci [et al.] (2017), referem a partir dos resultados do seu estudo, uma provável forte ligação entre apego ansioso e Nomofobia.

Vários outros estudos internacionais, quer sobre Nomofobia, quer sobre dependência de internet e *smartphone*, evidenciam elevados níveis de ansiedade (Darvishi [et al.], 2019; Puertas [et al.], 2019; Lee [et al.], 2016; Ranjbaran [et al.], 2019), assim como pontuações mais baixas a nível de bem-estar psicológico (Tangmunkongvorakul [et al.], 2019) e pontuações mais elevadas em escalas psicopatológicas (Roma [et al.], 2019), por parte dos participantes dependentes.

Esta realidade premente entre os EES vem comprovar a necessidade de intervenção no âmbito da promoção da saúde mental a nível comunitário, tal como está preconizado como objetivo a atingir até 2020 pelo Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017), com atenção específica neste grupo alvo.

Contudo, e apesar do preconizado pelo referido programa, a promoção da saúde mental não tem representado, a nível nacional, uma prioridade efetiva no que concerne às políticas de saúde e das comunidades, pelo que urge uma mudança de atitude, dada a sua central importância no bem-estar das pessoas e consequente repercussão na sociedade (CNS, 2019).

Assim, afigura-se como crucial a articulação entre as equipas de Saúde Mental da Infância e Adolescência e os CSP, nomeadamente o EEEEC, por conhecer as necessidades

de cada comunidade, assim como os recursos que cada localidade tem ao seu dispor que permitem uma intervenção orientada (NDGS 010/2013).

A nível físico sobre a saúde, as evidências produzidas por estudos internacionais relacionadas com uso do *smartphone*, referem elevada frequência de sintomas, como dor de cabeça (23,6%) e fadiga ocular (21,8%) (Jilisha [et al.], 2019) e distúrbios músculo-esqueléticos (54%) (Ahmed [et al.], 2019).

Outros autores referem, a partir dos resultados encontrados nos seus estudos, uma relação significativa entre a dependência do *smartphone* e o estado de saúde geral (Ranjbaran [et al.], 2019) ou com um prejuízo de controlo que compromete a saúde e o bem-estar (Basu [et al.], 2018).

Ranjbaran [et al.] (2019) referem que os resultados do seu estudo demonstraram uma relação significativa entre o estado de saúde geral e a dependência do *smartphone*. Também Basu [et al.] (2018) apuraram que uma dependência do *smartphone*, associada a um prejuízo de controlo que compromete a saúde e o bem-estar, foram prevalentes entre os participantes no seu estudo.

Perante estes dados, assume-se como essencial o processo de capacitação dos EES, que por sua vez exige aposta em atividades de educação e promoção da saúde, área na qual o EEEC assume um crucial papel (Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho). O recurso a meios disponibilizados tanto pelo *campus*, como pela comunidade permitirá potencializar a eficácia e alcance das iniciativas promotoras de saúde (ACHA, 2012).

No que concerne aos hábitos tabágicos e etílicos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões do NMP-Q-PT quando comparados os grupos de “fumadores” e “não fumadores”, assim como os grupos daqueles que consumiam bebidas alcoólicas “pelo menos uma vez por semana” e “menos de um dia por semana”. Tal facto poderá dever-se, também, à baixa percentagem de indivíduos com hábitos tabágicos, quer sejam diários ou ocasionais (16,7%) ou hábitos etílicos, sendo que apenas 24,3% dos participantes consomem bebidas alcoólicas em um ou mais dias da semana. Da pesquisa efetuada não resultaram estudos que permitam a comparação de resultados entre Nomofobia ou dependência do *smartphone* e hábitos tabágicos ou etílicos.

Uma área que parecia de interesse avaliar foi a da perceção da qualidade do sono dos participantes, contudo não se verificaram os resultados à partida esperados, não se tendo verificado diferenças quando se compararam os resultados relativos às dimensões do questionário NMP-Q-PT entre os estudantes que avaliam o sono como “bom ou razoável” e “mau ou muito mau”, assim como ao tempo de demora em adormecer “até 20 minutos” e “mais de 20 minutos”.

Alguns estudos publicados apontam em sentido diferente, como é o caso de um estudo levado a cabo por Basu [et al.] (2018), que evidenciou uma percentagem de 40,2%

dos participantes que referem sentir que o uso excessivo dos seus *smartphones* interferia na qualidade do seu sono e 35,2% assumiram que verificavam as notificações de redes sociais mesmo em repouso, ou quando ainda se encontravam em fase de sono leve, ou os de Ibrahim [et al.] (2018), que correlacionaram positivamente a dependência do *smartphone* com baixa qualidade subjetiva do sono.

Por sua vez, Ranjbaran [et al.] (2019) consideraram os distúrbios do sono como preditor significativo de dependência do *smartphone*, assim como Lin [et al.] (2019), nos resultados do seu estudo sobre dependência em internet, considerou que esta se encontrava significativamente associada à qualidade subjetiva do sono, latência, duração e distúrbios do sono, uso de medicação indutora de sono e disfunção diurna, sendo que pior qualidade do sono foi observada em graus moderados e graves de dependência da Internet.

Contudo, não se deve ignorar a percentagem de participantes que classificaram o seu sono como mau (13,7%) e como muito mau (3,8%). Assim como o facto de haver 29,5% dos participantes que referem um tempo de demora em adormecer superior a 40 minutos e 10,6% que referem ter recorrido a medicação indutora de sono no último mês.

Estes resultados devem, ainda assim, alertar para esta problemática, uma vez que uma alteração da qualidade do sono põe em risco a saúde e o bem-estar dos EES, considerando que a qualidade do sono representa um indicador da saúde na comunidade, por estar diretamente associado ao estado de saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Galvão [et al.] 2017).

A qualidade do sono associa-se à saúde física e mental dos EES, na medida em que os indivíduos que usufruem de uma boa qualidade do sono apresentam, comprovadamente, uma maior satisfação e melhor rendimento a nível académico, factos que contribuem para uma boa qualidade de vida (Boscolo [et al.], 2007).

Segundo Paiva (2015), a privação parcial do sono conduz a uma diminuição do desempenho psicomotor, dificuldades de concentração e lapsos de atenção, redução da memória no que concerne a acontecimentos recentes, tempos de reação prolongados, alterações de humor, sensação de fadiga, irritabilidade e, até mesmo, estados confusionais.

Desta forma, embora não seja perceptível de forma direta o impacto negativo da Nomofobia na qualidade do sono dos participantes, indiretamente pode colocar-se a hipótese de alguma relação na percepção subjetiva.

Poderá também assinalar-se, de forma mais ampla, a necessidade de intervenção a nível da promoção da literacia em saúde, no sentido de objetivar que os EES atinjam um nível de conhecimento e competência que lhes permita obter ganhos em saúde, através da mudança de estilos de vida (Nutbeam, 1998), nomeadamente em relação à qualidade do sono. O EEEC assume um papel fundamental nesta área, na medida em que atua

visando a alteração de comportamentos dos indivíduos e comunidades, com o propósito de atingir a adoção de estilos de vida promotores de equilíbrio (regulamento nº 428/2018, de 16 de Julho).

Um outro aspeto relacionado com o estilo de vida dos ESS que foi alvo de atenção neste estudo foi o da prática regular de atividade/exercício físico. Também aqui não se evidenciaram resultados que apontem diferenças entre os indivíduos que praticam ou não atividade física de forma regular.

Quanto ao SOC, o presente estudo revelou um valor médio de 126,75, sendo que a escala SOC varia entre os 29 e os 203 pontos. Este valor revela um SOC de nível médio apresentado pelos participantes, o que, eventualmente, poderá ter influência na elevada prevalência de Nomofobia apresentada, na medida em que um SOC menos forte poderá não disponibilizar os recursos necessários a uma resposta adequada perante situações de *stress*, características de fases transitórias, dando lugar a estratégias desadaptativas, como os comportamentos aditivos.

De facto, quanto à correlação entre NMP-Q-PT e SOC, os resultados do presente estudo revelaram correlações negativas e estatisticamente significativas, embora fracas, entre todas as dimensões do questionário NMP-Q-PT e as dimensões da escala de avaliação SOC, exceto na dimensão “Capacidade de Investimento”, que apenas revela fraca correlação negativa e significativa com a dimensão “desistir da convivência”. Estes resultados evidenciam que uma menor capacidade de compreensão, assim como uma menor capacidade de gestão, poderá relacionar-se com valores mais elevados de Nomofobia.

Embora a pesquisa efetuada não tenha revelado estudos de análise de relação entre o SOC e a Nomofobia ou a dependência em smartphone ou internet que permitam estabelecer a comparação de resultados, poderá tentar fazer-se alguma extrapolação de resultados, considerando a evidência produzida nas diferentes áreas, se tivermos em atenção a importância da investigação nesta área. Alguns autores referem que, entre EES, uma boa saúde mental tende a promover um forte SOC (Mato e Tsukasaki, 2019) e que o *stress* se associa negativamente a um forte SOC (Chu [et al.], 2016), características estas que não são associadas a indivíduos que apresentam elevados níveis de Nomofobia ou dependência em smartphone ou internet, como já foi constatado.

A relevância do SOC no âmbito da promoção da saúde não oferece qualquer dúvida, na medida em que “a promoção da saúde tem por objetivo permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os fatores determinantes da sua própria saúde” (Nunes, 2002, p.11). A sua pertinência é reconhecida inclusive pela OMS (Nunes, 2002), uma vez que permite uma perceção racional do mundo possibilitando lidar eficientemente com a pressão relativa aos fatores stressores e habilitando o indivíduo a situar-se numa posição saudável

no contínuo saúde-doença (Antonovsky, 1987).

Sendo o contexto e estilos de vida adotados pelos indivíduos considerados determinantes da saúde, assim como o ambiente físico onde se inserem (Lalonde 1981, WHO, 2008), o EEEEC, encarando os indivíduos como o principal recurso para a saúde, deve promover a criação de ambientes e estilos de vida favoráveis, envolvendo aspetos físicos e sociais, e promovendo o acesso às oportunidades de empowerment (WHO, 1986, 1999). Desta forma, estará também a dar resposta a uma das metas da promoção da saúde propostas pela OMS (WHO, 1986).

Nesta linha de pensamento, a Teoria Salutogénica, proposta por Antonovsky, revela-se como uma vigente abordagem para a promoção da saúde no âmbito da literatura da saúde, uma vez que procura compreender o que concebe a saúde dos indivíduos, atendendo ao facto de haver pessoas capazes de gerir as suas vivências, pese embora o enfrentamento de situações adversas (Eriksson e Lindstrom, 2008). A adequada gestão destas situações geradoras de *stress* é possível graças à capacidade que cada indivíduo tem de gerir da melhor forma os RGR que se encontram ao seu dispor, constituindo esta capacidade o pilar para o desenvolvimento de um forte SOC.

Assim, cabe ao EEEEC o desenvolvimento de ações que fomentem a edificação de um forte SOC, para que os indivíduos encarem a vida como estruturada, gerenciável e significativa, sendo capazes de identificar um vasto leque de RGR à sua disposição (Antonovsky, 1993; Eriksson e Lindström, 2005).

Uma comparação mais adequada é dificultada pela indisponibilidade de estudos que correlacionem as duas temáticas. Contudo, acaba por salientar a natureza inovadora da presente pesquisa, que poderá abrir caminho a estudos mais aprofundados sobre ambas as temáticas, e como estas se correlacionam.

4. Limitações do estudo e sugestões para investigações futuras

A atualidade da temática em estudo conduz, por si só, a uma série de limitações. Desde logo, a falta de publicações de estudos nacionais na área apresentou-se como um fator condicionante. Relativamente aos estudos internacionais publicados no âmbito da Nomofobia, de entre os artigos que compunham o *corpus* de análise, vários são referentes a estudos realizados em países com contextos socioculturais muito distintos da nossa realidade nacional.

No que concerne à amostra do presente estudo constitui-se por alunos de uma única IES localizada no Norte do país, não sendo representativa da população de EES de Portugal. Desta forma, recomenda-se que, em futuras investigações, sejam utilizadas amostras de dimensões superiores e com grupo de controlo, permitindo a comparação entre os dados obtidos entre pessoas com e sem Nomofobia.

A abordagem à problemática do impacto da Nomofobia ao nível da saúde mental entre os EES considera-se também essencial em futuras investigações, uma vez que os determinantes em saúde mental representam uma das preocupações major da OMS, pelo exponencial crescimento a nível mundial, e também nacional, de perturbações mentais (APA, 2013; CNS, 2019)

A realização de novos estudos de investigação poderá constituir uma linha orientadora para a intervenção dos EEEC no âmbito da Nomofobia entre EES, na medida em que um conhecimento mais aprofundado do impacto desta fobia entre os indivíduos desta comunidade específica resultará no planeamento mais assertivo das intervenções que envolvam uma equipa multidisciplinar, de forma a dar resposta às necessidades destes alunos, com vista à obtenção efetiva de ganhos em saúde.

5. Implicações para a prática

Os resultados do presente estudo poderão abrir caminho para o conhecimento e implicações da Nomofobia entre os EES, assim como para uma necessária aposta a nível da promoção da saúde neste *setting* ainda desprotegido.

A elevada percentagem de alunos que evidenciou algum nível de Nomofobia vem demonstrar uma emergente realidade, espelhando as consequências mais nefastas do auge tecnológico que se vivencia atualmente, com todas as implicações já anteriormente esplanadas. O facto de diferenças estatisticamente significativas terem sido apuradas pelo presente estudo, entre as várias dimensões do questionário NMP-Q.PT e diferentes variáveis, com valores mais elevados entre os estudantes de idade jovem e de sexo feminino, por exemplo, deve ser considerada na agenda de intervenção.

Nesta linha de pensamento, cabe ao EEEC a avaliação do estado de saúde de cada comunidade académica em particular, de forma a planear e executar, em parceria com uma equipa multidisciplinar, projetos ajustados às necessidades específicas de cada uma, com o objetivo de empoderar e capacitar tanto os EES, como as suas famílias, no que respeita ao congruente uso das novas tecnologias digitais (Regulamento ^o 428/2018, de 16 de Julho). Para tal, deve ocorrer não só aos recursos disponibilizados pelo *campus*, como também fora deste, numa lógica colaborativa e integrativa com a comunidade para além das paredes da IES.

Segundo os resultados obtidos pelo presente estudo, existe um possível impacto da Nomofobia no bem-estar psicológico e na qualidade do sono dos EES, sendo este um aspeto importante a ter em conta aquando do processo de intervenção especializada.

No que concerne à correlação entre NMP-Q-PT e SOC, os resultados desta investigação fornecem, também, dados a ter em conta aquando do processo interventivo, na medida em que revelam que uma menor capacidade de compreensão, assim como uma menor capacidade de gestão, que por sua vez conduzem a um menor SOC, poderão interferir na apresentação de um maior nível de Nomofobia.

Na medida em que o SOC é reconhecidamente significativo no âmbito da promoção da saúde, aliando-se a perspetiva salutogénica ao objetivo primordial da capacitação e empoderamento dos indivíduos, que por sua vez conduzirá a um maior domínio sobre os fatores determinantes da sua saúde (Nunes, 2002), o prévio conhecimento da interferência da Nomofobia no SOC, ou vice-versa, dos EES poderá representar uma mais-valia no planeamento de um quadro estratégico mais adequado às suas necessidades específicas.

A capacitação do pleno alcance do potencial de saúde por parte de cada indivíduo exige a disponibilização de meios e oportunidades equivalentes, com vista ao alcance da equidade em saúde entre EES provenientes de diferentes contextos culturais e sociais.

Neste sentido, é crucial que cada um esteja apto a controlar os fatores determinantes da sua saúde (WHO, 1986).

Nesta linha de pensamento, o EEEEC deve colocar-se a questão proposta por Antonovsky: “O que pode ser feito nesta “comunidade” (...) para fortalecer a capacidade de compreensão, de gestão e de investimento das pessoas que a constituem?” (Antonovsky, 1996, p. 6)

Tendo em conta que o atingimento destas capacidades exige o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, sendo este também considerado um dos cinco pilares da carta de Ottawa (WHO, 1986, 1997) e assumindo a perspectiva de Bengel [et al.] (1999), o EEEEC deve procurar capacitar os EES a participar e influenciar nos processos de decisão socialmente reconhecidos, sendo esta, segundo o autor, a forma mais eficiente de influência sobre o SOC. Tais medidas poderão passar, por exemplo, por dar aos EES um papel mais relevante e participativo nas tomadas de decisão a nível do *campus*, ou por envolver de forma mais efetiva os EES nas decisões respeitantes ao seu processo educativo, através de regras e normas previamente estabelecidas.

CONCLUSÕES

Constituindo um dos novos distúrbios mais comuns no mundo (Darvishi [et al.], 2019), a Nomofobia inflige uma necessidade de adequação estratégica no âmbito da promoção da saúde, que permita às pessoas com Nomofobia o acesso aos recursos necessários, assim como às oportunidades de capacitação que lhes permitam a obtenção de ganhos em saúde e de uma melhoria da sua qualidade de vida.

Embora a amostra do presente estudo não seja representativa da população de EES em Portugal, os resultados obtidos evidenciam uma prevalência preocupante de algum nível de Nomofobia entre EES, com uma percentagem ainda com algum significado a apresentar um nível grave de Nomofobia. Como foi possível constatar na discussão dos mesmos, estes resultados estão de acordo com a literatura existente na área.

Assim, os resultados obtidos sugerem que os EES da IES em questão, que apresentam algum nível de Nomofobia, são predominantemente do sexo feminino e idade compatível com a idade de adulto jovem, à semelhança de outros estudos anteriormente realizados.

Contrariamente ao esperado, uma associação positiva fraca e sem significância estatística foi demonstrada, quando comparadas as diferentes dimensões do questionário NMP-Q-PT relativamente à perceção do estado de saúde. Salienta-se, contudo, a percentagem de 19,7% dos participantes que percecionam o seu estado de saúde como “razoável” ou “mau”.

Não se observava relação entre Nomofobia e hábitos tabágicos, hábitos etílicos, atividade física nem, de forma direta, com a perceção de qualidade de sono.

Os resultados do NMP-Q-PT (Nomofobia) e SOC apresentam-se correlacionados de forma negativa, embora numa correlação fraca, associando assim um menor SOC a um maior nível de Nomofobia.

Assim, é crucial o desenvolvimento de estratégias adequadas e planos de ação pertinentes no sentido de fomentar um forte SOC entre os EES, que os capacitem a lidar de forma ajustada com as exigências diárias da vida académica, assumindo, neste campo o EEEC um papel primordial.

Constituindo esta investigação um despertar para uma possível realidade que ainda desconhecemos, urge avaliar a real dimensão desta problemática entre os EES portugueses, de forma a adequar iniciativas promotoras de saúde e mobilizar os recursos necessários que permitam reduzir os efeitos nefastos na saúde e bem-estar desta comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMED, Sohel; POKHREL, Nikita; ROY, Swastik; SAMUEL, Asir John - Impact of nomophobia: A nondrug addiction among students of physiotherapy course using an online cross-sectional survey. **Indian Journal of Psychiatry** [Em linha]. Vol. 61, nº 1 (2019) p. 77-80. [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6341932/>

ALMEIDA, José Miguel Caldas; XAVIER, Miguel; CARDOSO, Graça; PEREIRA, Manuel Gonçalves; GUSMÃO, Ricardo; CORRÊA, Bernardo; GAGO, Joaquim; TALINA, Miguel; SILVA, Joaquim - **ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. 1º RELATÓRIO**. [Em linha]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013. ISBN 978-989-98576-0-5 [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_d_e_Saude_Mental_1_Relatorio

ALMEIDA, Leandro S.; FERREIRA, Joaquim Armando Gomes; SOARES, Ana Paula C. Questionário de Vivências Académicas: Construção e Validação de uma versão reduzida (QVA-r). **Revista Portuguesa de Pedagogia** [Em linha]. Vol. 33, nº 3 (1999) p. 181-207. [Consultado em 15 de março de 2020]. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12080/1/Almeida%2C%20Ferreira%20%26%20Soares%2C%201999.pdf>

AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION GUIDELINES - Standards of Practice for Health Promotion in Higher Education. Third Edition, May 2012 [Em linha]. Hanover (2012) [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em https://www.acha.org/documents/resources/guidelines/ACHA_Standards_of_Practice_for_Health_Promotion_in_Higher_Education_May2012.pdf

American Psychological Association - College students' mental health is a growing concern, survey finds. **Monitor on Psychology** [Em linha]. Vol. 44, nº 6 (2013). [Consultado em 21 de novembro de 2019]. Disponível em <http://www.apa.org/monitor/2013/06/college-students>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição**. Portugal: Climepsi Editores, 2014. ISBN 9789727963478

ANTONOVSKY, Aaron - Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. **Social Science & Medicine**. [Em linha]. Vol. 37, nº 8 (1993). [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953693904276?via%3Dihub>

ANTONOVSKY, Aaron – **Health, Stress and Coping**. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers, 1979. ISBN 0-87589-412-7

ANTONOVSKY, Aaron – **Studying Health Vs. Studying Disease**. Lecture at the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy. Berlim [Em linha]. (1990). [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.angelfire.com/ok/soc/aberlim.html>

ANTONOVSKY, Aaron – **The salutogenic approach to family system health: promise and danger**. European Congress on Mental Health in European Families. Praga [Em linha]. (1991). [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.angelfire.com/ok/soc/agolem.html>

ANTONOVSKY, Aaron – The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health Promotion International**. [Em linha]. Vol. 11, nº 1 (1996). [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em https://salutogenesi.org/images/PDF/The_salutogenic_model_as_a_theory_to_guide_health_promotion.pdf

ANTONOVSKY, Aaron - **Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well**. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers, 1987. ISBN 1-55542-028-1

ARPACI, Ibrahim; BALOGLU, Mustafa; KOZAN, Hatice İrem Özteke; KESICI, Şahin Kesici - Individual Differences in the Relationship Between Attachment and Nomophobia Among College Students: The Mediating Role of Mindfulness. **Journal of Medical Internet Research** [Em linha]. Vol. 19, nº 12 (2017). [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5746620/>

AYAR, Dijle; GERÇEKER, Gülçin Özalp; ÖZDEMİR, Emine Zahide; BEKTAS, Murat - The Effect of Problematic Internet Use, Social Appearance Anxiety, and Social Media Use on Nursing Students' Nomophobia Levels. **CIN: Computers, Informatics, Nursing** [Em linha]. Vol. 36, nº 12 (2018) p. 589-595. [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/326397541_The_Effect_of_Problematic_Internet_Use_Social_Appearance_Anxiety_and_Social_Media_Use_on_Nursing_Students'_Nomophobia_Levels

ARNETT, Jeffrey Jensen - **Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties. Second Edition**. New York: Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-992938-2

ARNETT, Jeffrey Jensen - Emerging Adulthood(s): The Cultural Psychology of a New Life Stage. In JENSEN, Lene Arnett – **Bridging Cultural and Developmental Approaches to Psychology: New Syntheses in Theory, Research, and Policy**. [Em linha]. New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 9780195383430. p. 255-275. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/284653190_Emerging_Adulthoods_The_Cultural_Psychology_of_a_New_Life_Stage

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY Lisa – Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. **International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice** [Em linha]. Vol. 8, nº 1 (2005) p. 19-32. [Consultado em 03 de setembro de 2019]. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>

AUGNER, Christoph; HACKER, Gerhard W. - Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. **International Journal of Public Health**. [Em linha]. Vol. 57, Nº 2 (2011) p. 437-441. [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21290162/>

BÁEZ, César M. Matoza; RAMÍREZ, María S. Carballo – Nivel de Nomofobia em estudantes de medicina de Paraguay, Ano 2015. **CIMEL** [Em linha]. Vol. 21, nº1 (2016) p.28-30. [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/624/351>. ISSN 1992 - 4240

BALANDA, Kevin P. - Public health across the life course time: time to renew the debate? **Institute of Public Health**. [Em linha]. (2011). [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em <https://2019.iph.ie/blog/2011-10-04/public-health-across-life-course-time-time-renew-debate>

BASU, Saurav; GARG, Suneela; SINGH, M. Meghachandra; KOHLI, Charu Kohli - Addiction-like Behavior Associated with Mobile Phone Usage among Medical Students in Delhi. **Indian Journal of Psychological Medicine** [Em linha]. Vol. 40, nº 5 (2018) p. 446-451. [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6149311/>

BENGEL, Jürgen; STRTTMATTER, Regine; WILLMANN, Hildegard - **What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health**. Research and Practice of Health Promotion. Vol. 4. Colónia: Federal Centre for Health Education, 1999. ISBN 3933191203

BINDÉ, Jérôme – **Rumo às Sociedades do Conhecimento – Relatório Mundial da UNESCO**. Instituto Piaget, 2008. ISBN 9789727719525

BOSCOLO, Rita A.; SACCO, Isabel C.; ANTUNES, Hanna K.; MELLO, Marco T.; TUFIK, Sérgio - Avaliação do padrão de sono, atividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto** [Em linha]. Vol. 7, nº1 (2007) p. 18-25. [Consultado em 23 de março de 2020]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/228908437_Avaliacao_do_padrao_de_sono_atividade_fisica_e_funcoes_cognitivas_em_adolescentes_escolares

BRAND, Matthias; YOUNG, Kimberly S.; LAIER, Christian Laier - Prefrontal control and Internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. **Frontiers in Human Neuroscience** [Em linha]. Vol. 8, (2014). [Consultado em 03 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4034340/>

CABRERA, Joaquín González; MEJÍA, Ana León; SANCHO, Carlota Pérez; CALVETE, Esther - Adaptation of the Nomophobia Questionnaire (NMP-Q) to Spanish in a sample of adolescents. **Actas Españolas de Psiquiatria** [Em linha]. Vol. 45, nº4 (2017) p. 137-144. [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/108/ENG/19-108-ENG-137-44-887984.pdf>

CAIN, Jeff; MALCOM, Daniel - An Assessment of Pharmacy Students' Psychological Attachment to Smartphones at Two Colleges of Pharmacy. **American Journal of Pharmaceutical Education** [Em linha]. Vol. 83, nº 7(2019) p. 1637-1646. [Consultado em 20 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6788146/pdf/ajpe7136.pdf>

CARAPINHA, Ludmila; CALADO, Vasco; FERREIRA, Liliana - **Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional – 2018.** Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Ministério da Saúde – Portugal, 2019. ISBN: 978-989-54145-9-8

CARBONELL, Xavier; CHAMARRO, Andrés; OBERST, Ursula; RODRIGO, Beatriz; PRADES, Mariona - Problematic Use of the Internet and Smartphones in University Students: 2006–2017. **International Journal of Environmental Research and Public Health** [Em linha]. Vol. 15, nº 3 (2018) [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5877020/>

CARRIÓN, Maria Angustias Olivencia; GARCÍAB, Ramón Ferri; RUEDAB, María del Mar; TORRESA, Manuel Gabriel Jiménez ; TORRECILLAS, Francisca López - Temperament and characteristics related to nomophobia. **Psychiatry Research** [Em linha]. Vol. 266 (2018), p. 5-10 [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178117317924?via%3Dihub>

CASTELLS, Manuel; FERNÁNDEZ-ARDEVOL, Mireia; QIU, Jack Linchuan; SEY, Ara - **Comunicação Móvel e Sociedade. Uma Perspectiva Global.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009 ISBN 9789723112979

DIMAGGIO, Paul; HARGITTAI, Eszter; NEUMAN, W. Russell; ROBINSON, John P (2001) - Social implication of the Internet. **Annual Review of Sociology** [Em linha]. Vol. 27 (2001) p. 307-336. [Consultado em 10 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.307?journalCode=soc>

CHICO, I. Asensio; MALDONADO L. Diaz; MORENO, L. Garrote – Nomophobia: Disorder of the 21st Century. **Medicina de Familia. SEMERGEN** [Em linha]. Vol. 44, nº7 (2018) p. 117-118. [Consultado em 10 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113835931830203X?via%3Dihub>

CHOI, Sam-Wook; KIM, Dai-Jin; CHOI, Jung-Seok; Ahn, Heejune; CHOI, Eun-Jeung; SONG, Won-Young; KIM Seohee; YOUN Hyunchu

I - Comparison of risk and protective factors associated with smartphone addiction and Internet addiction. **Journal of Behavioral Addictions** [Em linha]. Vol. 4, nº 4 (2015) p. 308-314. [Consultado em 08 de novembro de 2019]. Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4712765/>

CHU, Janet Junqing; KHAN, Mobarak Hossain; JAHN, Heiko J.; KRAEMER, Alexander - Sense of coherence and associated factors among university students in China: cross-sectional evidence. **BMC Public Health** [Em linha]. Vol. 16 (2016). [Consultado em 08 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4833908/>

CLEARY, Michelle; JACKSON, Debra - "Not always smooth sailing": mental health issues associated with the transition from high school to college. **Issues in Health Mental Nursing** [Em linha]. Vol. 32, nº 4 (2011) p. 250-254. [Consultado em 21 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/50224913_Not_Always_Smooth_Sailing_Mental_Health_Issues_Associated_with_the_Transition_from_High_School_to_College

DAEI, Azra; RIZI, Hasan Ashrafi; SOLEYMANI, Mohammad Reza - Nomophobia and Health Hazards: Smartphone Use and Addiction Among University Students. **International Journal of Preventive Medicine** [Em linha]. Vol. 10 (2019). [Consultado em 08 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6921283/>

DARVISHI, Mohammad; NOORI, Majid; NAZER, Mohammad Reza; SHEIKHOESLAMI, Soheil; KARIMI, Ebrahim - Investigating Different Dimensions of Nomophobia among Medical Students: A Cross-Sectional Study. **Macedonian Journal of Medical** [Em linha]. Vol. 7, nº 4 (2019) p. 573-578. [Consultado em 08 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6420939/>

DASGUPTA, Pallabi; BHATTACHERJEE, Sharmistha; DASGUPTA, Samir; ROY, Jayanta Kumar; MUKHERJEE, Abhijit; BISWAS, Romy – Nomophobic behaviors among smartphone using medical and engineering students in two colleges of West Bengal. **Indian Journal of Public Health** [Em linha]. Vol. 61, nº3 (2017) p.199-204. [Consultado em 04 de março de 2019]. Disponível em <http://www.ijph.in/article.asp?issn=0019-557X;year=2017;volume=61;issue=3;spage=199;epage=204;aulast=Dasgupta>
DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Porque se fala em saúde mental?** [Em linha] [Consultado em 12 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>

DIREÇÃO GERAL DE ESTATÍSTICA DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA - **Perfil do Aluno 2018/2019**. Lisboa: Direção Geral de Estatística da Educação e Ciência, 2020 ISBN 978-972-614-706-0

EICHENBERG, Christiane; SCHOTT, Markus; SCHROIFF, Athina - Comparison of Students With and Without Problematic Smartphone Use in Light of Attachment Style. **Frontiers in Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 10 (2019) [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00681/full>

ELHAI, Jon D; DVORAK, Robert D; LEVINE, Jason C; HALL, Brian J - Problematic Smartphone Use: A Conceptual Overview and Systematic Review of Relations With Anxiety and Depression Psychopathology. **Journal of Affective Disorders** [Em linha]. Vol. 207 (2017) p. 251-259. [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032716303196?via%3Dihub>

ENGEL, George L. - The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. **Science** [Em linha]. Vol. 4286, nº 196 (1977) p. 129-136 [Consultado em 21 de novembro de 2019]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>

ENTIDADE REGULADORA PARA A COMUNICAÇÃO SOCIAL - **Digital Media Portugal – ERC 2015**. ERC – Entidade Reguladora para a Comunicação Social, 2016. ISBN: 978-989-20-6593-9

Eriksson, Monica - The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In: Mittelmark, Maurice B.; Sagy Shifra; Eriksson Monica; [et al.]. **The Handbook of Salutogenesis**. Cham (CH): Springer; 2017. Capítulo 11. [Em linha]. [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28590620/>

Eriksson, Monica; Lindstrom, Bengt - A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promotion International. [Em linha]. Vol. 23, nº 2 (2008) p. 190-199 [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/5496746_A_salutogenic_interpretation_of_the_Ottawa_Charter_Health_Promot_Int_232190-199

ERIKSSON, Monica; Lindstrom, Bengt - Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health. [Em linha]. Vol. 59, nº 6 (2005) p. 460-466 [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15911640/>

FAROOQUI, Iqbal Ahmad; PORE, Prasad; GOTHANKAR, Jayashree - Nomophobia: An Emerging Issue in Medical Institutions? **Journal of Mental Health** [Em linha]. Vol. 27, nº 5 (2018) [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2017.1417564>

FORTIN, Marie Fabienne - **O Processo de Investigação: da concepção á realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 9789728383107

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – **Um Futuro para a Saúde: todos temos um papel a desempenhar**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014. ISBN 978-989-8380-18-0 [Em linha]. [Consultado em 20 de Março de 2020]. Disponível em https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf

FURLAN, Marcos Vinicius Garcia; NICODEM, Maria Fatima Menegazzo - A importância das tecnologias de informação e comunicação no ambiente escolar. Revista Eletrônica Científica Inovação e Tecnologia [Em linha]. Vol. 8, nº 16 (2017) p. 33-43 [Consultado em 15 de Março de 2020]. Disponível em <https://periodicos.utfpr.edu.br/recit/article/view/e->

GALHARDO, Ana; LOUREIRO, Daniela; RAIMUNDO, Elsa; MASSANO-CARDOSO, Ilda; CUNHA, Marina - Assessing Nomophobia: Validation Study of the European Portuguese Version of the Nomophobia Questionnaire. **Community Mental Health Journal** [Em linha]. (2020). [Consultado em 15 de Março de 2020]. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-020-00600-z>

GALVÃO, Ana; PINHEIRO, Marco; GOMES, Maria José; ALA, Sílvia - Ansiedade, Stress e Depressão Relacionados Com Perturbações do Sono-Vigília e Consumo de Álcool em Alunos do Ensino Superior. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [Em linha]. Vol.5 (2017) p. 8-12. [Consultado em 23 de Março de 2020]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe5/nspe5a02.pdf>

GARCIA, Rui Proença - Para um ensino superior com qualidade. **Revista Portuguesa de Ciências de Desporto** [Em linha]. Vol. 1, nº 1 (2001) p. 33-43 [Consultado em 15 de Março de 2020]. Disponível em https://rpcd.fade.up.pt/_arquivo/artigos_soltos/vol.1_nr.1/05.pdf

GRANADO, José Inácio F.; SANTOS, Acácia Aparecida A.; ALMEIDA, Leandro S.; SOARES, Ana Paula; GUISANDE, M. Adelina - Integração académica de estudantes universitários: Contributos para a adaptação e validação do QVA-r no Brasil. **Psicologia e Educação** [Em linha]. Vol. 4, nº 2 (2005) p. 31-41 [Consultado em 23 de março de 2019]. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12089/1/Granado%2C%20Santos%2C%20Almeida%2C%20Soares%20%26%20Guisande%2C%202005.pdf>

HUSSAIN, Zaheer; GRIFFITHS, Mark D.; SHEFFIELD David - An investigation into problematic smartphone use: The role of narcissism, anxiety, and personality factors. **Journal of Behavioral Addictions** [Em linha]. Vol. 6, nº 3 (2017) p. 378-386. [Consultado em 10 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5700726/>

IBRAHIM, Nahla Khamis; BAHAROON, Bashaer Saleh; BANJAR, Waad Fouad; JAR, Anfal Abdulrahman; ASHOR, Roba Mahmod; AMAN, Alanoud Akram; AL-AHMADI, Jawaher Rabah - Mobile Phone Addiction and Its Relationship to Sleep Quality and Academic Achievement of Medical Students at King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia. **Journal of Research in Health Sciences** [Em linha]. Vol. 18, nº 3 (2018) [Consultado em 27 de outubro de 2019]. Disponível em <http://jrhs.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/4166/pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, I.P. - **Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012. ISBN 978-989-25-0181-9.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, I.P. - **Anual - Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência**. [Em linha]. Instituto Nacional de Estatística, 2019. [Consultado em 28 de Fevereiro de 2020]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009255&contexto=bd&selTab=tab2

International Telecommunications Union – Statistics. 2019 [Em linha]. [Consultado em 28 de Fevereiro de 2020]. Disponível em. <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx>

JAFARI, Hale; AGHAEI, Abas; KHATONY, Alireza - The relationship between addiction to mobile phone and sense of loneliness among students of medical sciences in Kermanshah, Iran. **BMC Research Notes** [Em linha]. Vol. 12 (2019) [Consultado em 01 de novembro de 2019]. Disponível em <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4728-8>

JILISHA, G.; VENCATACHALAM, J.; MENON, Vikas; OLICKAL, Jeby Jose - Nomophobia: A mixed-methods study on prevalence, associated factors, and perception among college students in Puducherry, India. **Indian Journal of Psychological Medicine** [Em linha]. Vol. 41, nº 6 (2019) p. 541–548 [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875835/>

JOÃO; Karine Alexandra Del Rio; BECKER, Nathália Brandolim; JESUS; Saul de Neves; MARTINS; Rute Isabel Santos - Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). **Psychiatry Research.** [Em linha]. Vol. 247 (2017) p. 225–229 [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27923147/>

JOHNSON, Vanessa K.; KERR, Sandra L. - Managing the Transition to College: Family Functioning, Emotion Coping, and Adjustment in Emerging Adulthood. **Journal of College Student Development.** [Em linha]. Vol. 51, nº 6 (2010) p. 607–621 [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/236726796_Managing_the_Transition_to_College_Family_Functioning_Emotion_Coping_and_Adjustment_in_Emerging_Adulthood

KAWABE, Kentaro; HORIUCHI, Fumie; OKA, Yasunori; UENO, Shu-ichi - Association between Sleep Habits and Problems and Internet Addiction in Adolescents. **Psychiatry Investigation** [Em linha]. Vol. 16, nº 8 (2019) p. 581-587 [Consultado em 20 de novembro de 2020]. Disponível em <https://www.psychiatryinvestigation.org/journal/view.php?doi=10.30773/pi.2019.03.21.2>

KHEYRI, Fatemeh; AZIZIFAR, Akbar; VALIZADEH, Reza; VEISANI, Yousef; AIBOD, Sehat; CHERAGHI, Fariba; MOHAMADIAN, Fathola - Investigation the relationship between internet dependence with anxiety and educational performance of high school students. **Journal of Education and Health Promotion** [Em linha]. Vol. 8, nº 1 (2019) [Consultado em 20 de novembro de 2020]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6905285/>

KHOURY, Julia Machado; COUTO, Luiz Filipe Silva Codorino; SANTOS, Douglas de Almeida; SILVA, Vitor Hugo de Oliveira; DRUMOND, João Pedro Sousa; SILVA, Letícia Lopes de Carvalho; DINIZ, Leandro Malloy; ALBUQUERQUE, Maicon Rodrigues; NEVES, Maila de Castro Lourenço; GARCIA, Frederico Duarte - Bad Choices Make Good Stories: The Impaired Decision-Making Process and Skin Conductance Response in Subjects With

Smartphone Addiction. **Frontiers in Psychiatry** [Em linha]. Vol. 10 (2019) [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6395375/>

LALONDE, Marc – **Nouvelle perspective de la santé des canadiens: un document de travail**. Canadá: Ministre des approvisionnements et services Canada, 1981. ISBN 0-662-50019-9

LEE, Kyung Eun; KIM, Si-Heon; HA, Tae-Yang; YOO, Young-Myong; HAN, Jai-Jun; JUNG, Jae-Hyuk; JANG, Jae-Yeon - Dependency on Smartphone Use and Its Association with Anxiety in Korea. **Public Health Reports** [Em linha]. Vol. 131 (2016) [Consultado em 27 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869088/>

LEE, Seungyeon; KIM, Minsung; MENDOZA, Jessica;McDONOUGH, Ian - Addicted to cellphones: exploring the psychometric properties between the nomophobia questionnaire and obsessiveness in college students. **Heliyon**. [Em linha]. Vol. 4 (2018) [Consultado em 22 de março de 2020]. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844018335497>

LOUREIRO, Isabel e MIRANDA, Natércia – **Promover a Saúde – dos fundamentos à ação**. Coimbra: Editora Almedina, Lda, 2010. ISBN: 9789724043999.

LIN, Pin-Hsuan; LEE, Ya-Chen; CHEN, Kai-Li; HSIEH, Pei-Lun; YANG, Shang-Yu; LIN, Ying-Lien - The Relationship Between Sleep Quality and Internet Addiction Among Female College Students. **Frontiers in Neuroscience**. [Em linha]. Vol. 13 (2019) [Consultado em 27 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6582255/>

LINDSTRON, Bengt; ERIKSSON, Monica – Salutogenesis. **Journal of Epidemiol and Community Health**. [Em linha]. Vol. 59, nº6 (2005) p. 440-442. [Consultado em 22 de março de 2020]. Disponível em <https://jech.bmj.com/content/59/6/440>

LOURENÇO, Camilo Monteiro; JÚNIOR, Jairo Hélio; ZANETTI, Hugo Ribeiro; MENDES, Edmar Lacerda – Nomofobia: o vício em gadgets pode ir muito além! Carta ao Editor. **Multi-Science Journal** [Em linha]. (2015) p. 53-55. [Consultado em 15 de março de 2019]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/289515507_Nomofobia_o_vicio_em_gadgets_pode_ir_muito_alem

MAIL ONLINE - **Nomophobia is the fear of being out of mobile phone contact**. [Em linha]. (2008) [Consultado em 04 de março de 2019]. Disponível em <https://www.dailymail.co.uk/news/article-550610/Nomophobia-fear-mobile-phone-contact--plague-24-7-age.html>

MANNO, Maria Vittoria Maffei; ROSA, Carlos Mendes – Dependência da Internet: sinal de solidão e inadequação social? **Polêmica** [Em linha]. Vol. 18, nº2 (2018) p. 119-132. [Consultado em 04 de março de 2019]. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/37793/26625> ISSN 1676-0727

MANRIQUE, Gabriel Aguilera; HERNÁNDEZ, Verónica V. Márquez; CÓRDOBA, Tania Alcaraz; GÁMEZ, Genoveva Granados; PUERTAS, Vanesa Gutiérrez; PUERTAS, Lorena Gutiérrez - The relationship between nomophobia and the distraction associated with smartphone use among nursing students in their clinical practicum. **PLOS One** [Em linha]. Vol. 13, nº 8 (2018) p. 1-14. [Consultado em 09 de setembro de 2019]. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202953> ISSN 1932-6203

MARKTEST GRUPO – 3 em cada 4 portugueses acedem à Internet. [Em linha]. Setembro 2019 [Consultado em 13 de Setembro de 2019]. Disponível em <https://www.marktest.com/wap/a/n/id~255c.aspx>

MATO, Mie; TSUKASAKI, Keiko - Factors Promoting Sense of Coherence Among University Students in Urban Areas of Japan: Individual-Level Social Capital, Self-Efficacy, and Mental Health. **Glob Health Promot** [Em linha]. Vol. 26, nº 1 (2019) p. 60-68. [Consultado em 01 de novembro de 2019]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28382845/>

MAYER, Miguel A. - La utilización de Internet entre los adolescentes, riesgos y beneficios. **Atención Primaria** [Em linha]. Vol. 43, nº 6 (2011) p. 287-288. [Consultado em 03 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711000059>

Mays, N., Roberts, E. and Popay, J. (2001) Synthesising research evidence. In N. Fulop, P. Allen, A. Clarke and N. Black (eds) **Studying the Organisation and Delivery of Health Services: Research Methods** (London: Routledge), pp. 188-220.

MONTAG, Christian; SINDERMAN, Cornelia; BECKER, Benjamin; PANKSEPP, Jaak - An Affective Neuroscience Framework for the Molecular Study of Internet Addiction. **Frontiers in Psychology** [Em linha]. Vol. 7, (2016). [Consultado em 12 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5159430/>

MOUSTAFA, Khaled - Internet and Advertisement. **Science and Engineering Ethics** [Em linha]. Vol. 22, (2016) p. 293-296. [Consultado em 12 de novembro de 2019]. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s11948-015-9647-z>

NAGASE, Satoko; MORITA, Nobuaki; OGAI, Yasukazu; SAITO, Tamaki - Evaluation of the Relationship Between Internet Addiction and Interpersonal Relationships in University Students in Japan. **Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi** [Em linha]. Vol. 51, nº 3 (2016) p. 184-202. [Consultado em 01 de novembro de 2019]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30480904/>

NDGS 010/2013, Normas e Circulares Normativas. 2013 - **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Lisboa. [Em linha] [Consultado em 25 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

NIELSEN – Millennials: Technology = Social Connection. **Nielsen**. [Em linha]. Fevereiro 2014 [Consultado em 20 de Setembro de 2019]. Disponível em

<https://www.nielsen.com/us/en/insights/article/2014/millennials-technology-social-connection/>

NOGUEIRA, Maria José; SEQUEIRA, Carlos - A Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior. Relação com o Género, Nível Socioeconómico e os Comportamentos de Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. [Em linha]. Vol. 5, (2017) p. 51-56. [Consultado em 01 de novembro de 2019]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe5/nspe5a09.pdf>

NUNES, Luís Ângelo Saboga – O Sentido de Coerência como Conceito Operacionalizador do Paradigma Salutogénico. **Actas do IV Congresso Português de Sociologia: Passados recentes, futuros próximos**. Coimbra: Associação Portuguesa de Sociologia (2002) (Edição em CD)

NUNES, Luís Ângelo Saboga- **Sense of Coherence: operationalization of a concept that determines mental health and quality of life**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL [Em linha] (1999). [Consultado em 12 de novembro de 2019]. Disponível em <http://www.angelfire.com/ok/soc/mestradotese.html>

Nutbeam, Don - Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. **Health Promotion International**. [Em linha]. Vol. 13, nº 1 (1998) p. 27-44 [Consultado em 23 de março de 2020]. Disponível em <https://academic.oup.com/heapro/article/13/1/27/724501>

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Saúde: Um Direito Humano. Relatório de Primavera 2019**. [Em linha]. OPSS, 2019. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2019/>
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA - **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspectiva global**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, 2009. ISBN 978-989-96263-3-1

PAIVA, Teresa – **Bom sono, Boa vida**. 7ª ed. Alfragide: Oficina do Livro, 2015. ISBN 978-989-741-260-8

PAPALIA, Diane. E.; FELDMAN, Ruth Duskin - **Desenvolvimento Humano**. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2013. ISBN 978-85-8055-217-1

PATEL, Vikram; SAXENA, Shekhar; LUND, Crick; THORNICROFT, Graham; BAINGANA, Florence; BOLTON, Paul, et. al. - The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **The Lancet**. [Em linha]. Vol. 392, nº 10157 (2018) p. 1553-1598. [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31612-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31612-X/fulltext)

PESTANA, Maria Helena.; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS**. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2014. ISBN 978-972-618-775-2

PONTES, Halley; CAPLAN, Scott; GRIFFITHS, Mark - Psychometric validation of the generalized problematic internet use scale 2 in a Portuguese sample. **Computers in Human Behavior**. [Em linha]. Vol. 63 (2016) p. 823-833. [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/303924162_Psychometric_Validation_of_the_Generalized_Problematic_Internet_Use_Scale_2_in_a_Portuguese_Sample

PORTUGAL. Conselho Nacional de Saúde - **Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década**. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde, 2019. ISSN: 2184-6960

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020**. [Em linha]. Lisboa: DGS (2015). [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Versão Resumo**. [Em linha]. Lisboa: DGS (2013). [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Programa Nacional Para a Saúde Mental 2017**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (2017). ISSN: 2184-1217

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010**. [Em linha]. Lisboa: DGS (2006). [Consultado em 21 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-dos-jovens-pdf.aspx>

PRASAD, Monika; PATHI, Basavaraj; SINGLA, Ashish; GUPTA, Ritu; SAHA, Sabyasachi; KUMAR, Jishnu Krishna; MALHI, Ravneet; PANDITA, Venisha - Nomophobia: A Cross-sectional Study to Assess Mobile Phone Usage Among Dental Students. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. [Em linha]. Vol. 11, nº 2 (2017) p. 34-39. [Consultado em 23 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5376814/>

PUERTAS, Lorena Gutiérrez; HERNÁNDEZ, Verónica V. Márquez; PRETO, Leonel São-Romão; GÁMEZ, Genoveva Granados; PUERTAS Vanesa Gutiérrez; MANRIQUE, Gabriel Aguilera - Comparative study of nomophobia among Spanish and Portuguese nursing. **Nurse Education in Practice** [Em linha]. Vol. 34 (2019) p. 79-84. [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18289/1/Comparative%20study%20of%20nomophobia_.pdf

Kline, Rex B. - **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 3ª ed. New York: Guilford Publications, 2011. ISBN 9781606238776

RANJBARAN, Mehdi; SOLEIMANI, Bahareh; MOHAMMADI, Maryam; GHORBANI, Nooshin; KHODADOST, Mahmoud; MANSORI, Kamyar; SAMANI, Reza Omani - Association Between General Health and Mobile Phone Dependency Among Medical University Students: A Cross-sectional Study in Iran. **International Journal of Preventive Medicine** [Em linha]. Vol. 10 (2019)

p. 155-162. [Consultado em 22 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6683405/>

REGULAMENTO nº 428/2018. DR, 2ª série, nº 135 (2018/0716) 19354-19359.

RYFF, Carol. D. - In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middleaged and older adults. **Psychology and Aging** [Em linha]. Vol. 2, nº 4 (1989a) p. 195-210. [Consultado em 10 de Fevereiro de 2020]. Disponível em <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0882-7974.4.2.195>

RYFF, Carol. D. - Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. **International Journal of Behavioral Development** [Em linha]. Vol. 1, nº 12 (1989b) p. 35-55. [Consultado em 10 de Fevereiro de 2020]. Disponível em <https://psycnet.apa.org/record/1989-25405-001>

RYFF, Carol D.; SINGER, Burton - The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In WONG, Paul T.P.; FRY, Prem S. - **The human quest for meaning: A handbook of Psychological research and clinical applications**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1998. ISBN 0-8058-2503-7. p. 213-235

ROMA, Paolo; RICCI, Federica; KOTZALID, Georgios D.; GUIDARELLI, Benedetta; PANCHERI, Corinna; MAZZA, Cristina; CINTI, Maria Elena; BURLA, Franco; FERRACUTI, Stefano - Psychopathology and personality in problematic internet users. **Rivista di Psichiatria** [Em linha]. Vol. 54, nº 1 (2019) p. 24-30. [Consultado em 22 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=3104&id=30937

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LÚCIO, María del Pilar Baptista - **Metodologia de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28-2

SCHWEIZER, Angélick; BERCHTOLD, André; DIAS, Yara Barrense; AKRE, Christina; SURIS, Joan-Carles - Adolescents With a Smartphone Sleep Less Than Their Peers. **European Journal of Pediatrics** [Em linha]. Vol. 176, (2017) p. 131-136. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00431-016-2823-6>

SECO, Graça Maria dos Santos Batista; CASIMIRO, Mafalda Cristina Salema Monteiro; PEREIRA, Maria Isabel Alves Rodrigues; DIAS, Maria Isabel Pinto Simões; CUSTÓDIO, Susana Margarida Rodrigues - **Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões**. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria, 2005. ISBN 972-8793-02-2

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS – **Plano Nacional Para a Redução Dos Comportamentos Aditivos e Das Dependências 2013-2020**. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013. ISBN: 978-972-9345-92-0

SILVA, Thayse de Oliveira; SILVA, Lebiã Tamar Gomes - Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. **Revista Psicopedagogia** [Em linha]. Vol. 34, nº 103 (2017) p. 87-97. [Consultado em 30 de outubro de 2019]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v34n103/09.pdf>

SILVA, Maria da Graça; COSTA, Maria Emília - Desenvolvimento psicossocial e ansiedade nos jovens. *Análise Psicológica* [Em linha]. Vol. 23, nº 2 (2005) p. 111-127. [Consultado em 18 de novembro de 2019]. Disponível em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/76/pdf>

STEINBÜCHEL, Toni Andreas; HERPERTZ, Stephan; KUPMANN, Ina; KEHYAYAN, Aram; HIRCHE, Jan Dieris; WILDT, Bert Theodor - Internet Addiction, Suicidality and Non-Suicidal Self-Harming Behavior - A Systematic Review. **Psychother Psychosom Med Psychol** [Em linha]. Vol. 68, nº 11 (2018) p. 451-461. [Consultado em 30 de outubro de 2019]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29169199/>

STORRIE, Kim; AHERN, Kathy; TUCKETT, Anthony (2010). A systematic review: Students with mental health problems - a growing problem. **International Journal of Nursing Practice**. [Em linha]. Vol. 16, nº 1 (2010) p. 1-6. [Consultado em 08 de novembro de 2019]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20158541/>

TANGMUNKONGVORAKUL, Arunrat; MUSUMARI, Patou Masika; THONGPIBUL, Kulvadee; SRITHANAVIBOONCHAI, Kriengkrai; TECHASRIVICHIEEN, Teeranee; SUGUIMOTO, S. Pilar; KIHARA, Masako Ono; KIHARA, Masahiro Kihara - Association of excessive smartphone use with psychological well-being among university students in Chiang Mai, Thailand. **Plos One** [Em linha]. Vol. 14, nº 1 (2019) p. 131-136. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0210294&type=printable>

TATENO, Masaru; TEO, Alan R.; UKAI, Wataru; KANAZAWA, Junichiro; KATSUKI, Ryoko; KUBO, Hiroaki; KATO, Takahiro A. - Internet Addiction, Smartphone Addiction, and Hikikomori Trait in Japanese Young Adult: Social Isolation and Social Network. **Frontiers in Psychology** [Em linha]. Vol. 10, (2019). [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635695/>

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE - **The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews**. [Em linha]. [Consultado em 03 de setembro de 2019]. Disponível em <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping.pdf>

TROMPETTER, Hester, R.; DE KLEINE, Elian; BOHLMMEIJER, Ernst T - Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-

Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. **Cognitive Therapy and Research**. [Em linha]. Vol. 41 (2016) p. 459-468. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-016-9774-0>

VERGER, Pierre; COMBES, Jean-Baptiste; KOVÉSS-MASFETY, Viviane; CHOQUET, Marie; GUAGLIARDO, Frédéric Rouillon; WATTEL, Patrick Peretti - Psychological distress in first year university students: Socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. [Em linha]. Vol. 44, nº 8 (2009) p. 643-650. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19096741/>

VILLAR, Lidia Argumosa; GRAU, Joan Boada; COLET, Andreu Vigil - Exploratory investigation of theoretical predictors of nomophobia using the Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ). **Journal of Adolescence** [Em linha]. Vol. 56 (2017) p. 127-135. [Consultado em 21 de outubro de 2019]. Disponível em <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/158521.pdf>

WEGMANN, Elisa; STODT, Benjamin; BRAND, Matthias - Addictive use of social networking sites can be explained by the interaction of Internet use expectancies, Internet literacy, and psychopathological symptoms. **Journal of Behavioral Addictions** [Em linha]. Vol. 4, nº 3 (2015) p. 155-162. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4627676/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. [Em linha]. WHO, 1997. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**. [Em linha]. WHO, 1986. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas**. [Em linha]. WHO, 2010. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.who.int/social_determinants/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region**. Copenhaga: World Health Organization, 1999. ISBN 9289013494 [Em linha]. [Consultado em 21 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003). **Investing in mental health**. [Em linha]. Geneva: WHO, 2003. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Mental health action plan 2013-2020**. [Em linha]. Genebra: OMS, 2013. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Mental health in primary care: illusion or inclusion?** [Em linha]. Genebra: OMS; 2018. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2_2

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Okanagan Charter. An International Charter For Health Promoting Universities & Colleges. An outcome of the 2015 International Conference on Health Promoting Universities and Colleges / VII International Congress** [Em linha]. WHO, 2015. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://internationalhealthycampuses2015.sites.olt.ubc.ca/files/2016/01/Okanagan-Charter-January13v2.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**. [Em linha]. Genebra: WHO, 2008. ISBN 978 92 4 156370 3 [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. [Em linha]. WHO, 2005. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **9th Global conference on health promotion: Global leaders agree to promote health in order to achieve Sustainable Development Goals**. [Em linha]. Genebra: WHO, Shanghai, 2016. [Consultado em 20 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.who.int/news/item/21-11-2016-9th-global-conference-on-health-promotion-global-leaders-agree-to-promote-health-in-order-to-achieve-sustainable-development-goals>

YILDIRIM, Caglar; CORREIA, Ana Paula – Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. **Computers in Human Behavior** [Em linha]. Vol. 49 (2015) p. 130-137. [Consultado em 04 de março de 2019]. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563215001806> . ISSN 0747-563

ANEXOS

Anexo I - Questionário de caracterização sociodemográfica e hábitos de vida

Questionário Sociodemográfico

1 - Qual é o seu sexo?

- 1 - Masculino
- 2 - Feminino

2 – Qual a sua data de nascimento?

Dia |_|_|

Mês |_|_|

Ano |_|_|_|_|

3 - Qual é o seu estado civil?

Informação que consta no registo civil.

- 1 - Solteiro
- 2 - Casado
- 3 - Viúvo
- 4 - Divorciado
- 8 - Prefere não responder

4 - De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?

- 1 - Muito bom
- 2 - Bom
- 3 - Razoável
- 4 - Mau
- 5 - Muito mau
- 8 - Prefere não responder

5 - Numa semana normal, quantos dias pratica exercício físico pelo menos 10 minutos seguidos? Considere o fim de semana.

Exemplos: fazer uma caminhada, jogar à bola, correr, andar de bicicleta ou nadar.

Se habitualmente não pratica exercício físico ou pratica menos de 10 minutos seguidos, registe 0.

Número de dias |_|

- 8 - Prefere não responder

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2014; Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

6 - Quantas refeições principais é que toma habitualmente por dia? Considere como refeições principais o pequeno-almoço, o almoço e o jantar.

Número de refeições principais |__|

8 - Prefere não responder

7 - Das pessoas que lhe são mais próximas, a quantas poderia recorrer se tivesse um problema pessoal grave?

1 - Nenhuma

2 - 1 ou 2

3 - 3 a 5

4 - 6 ou mais

8 - Prefere não responder

9 - Não sabe

As próximas questões são sobre o consumo de tabaco e a exposição ao fumo de tabaco.

8 – Fuma?

Considere qualquer tipo de tabaco, com exceção do cigarro eletrónico.
Responda independentemente da regularidade do consumo.

1 - Sim

2 - Não
Se escolheu esta opção, avance para a questão nº 12

8 - Prefere não responder

9 – Fuma:

1 - Diariamente

2 - Ocasionalmente
Se escolheu esta opção, avance para a questão nº 12

8 - Prefere não responder

10 - Em média quantos cigarros fuma por dia?

Número de cigarros |__|

8 - Prefere não responder

9 - Não sabe

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2014; Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

11 - Com que idade começou a fumar diariamente?

Idade

8 - Prefere não responder

9 - Não sabe

As próximas questões dizem respeito ao consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses.

12 - Nos últimos 12 meses, com que frequência consumiu bebidas alcoólicas de qualquer espécie (cerveja, vinho, aguardentes, cocktails, licores, misturas de bebidas alcoólicas, entre outros)?

1 - Todos os dias ou quase todos os dias
Escolha esta opção se bebeu nos 365 dias dos últimos 12 meses ou geralmente em mais do que 6 dias por semana.

2 - 5 a 6 dias por semana

3 - 3 a 4 dias por semana

4 - 1 a 2 dias por semana

5 - 2 a 3 dias por mês

6 - Uma vez por mês

7 - Menos de uma vez por mês

8 - Não consumiu nos últimos 12 meses, por ter deixado de consumir álcool.
Escolha esta opção se não consumiu álcool nos últimos 12 meses, mas já consumiu pelo menos uma bebida ao longo da sua vida sem ser apenas para provar.
Se escolheu esta opção, avance para a questão nº 14

9 - Nunca consumiu, ou só ocasionalmente para provar
Escolha esta opção se nunca consumiu uma bebida na sua vida, ou, no máximo, deu alguns goles ocasionalmente com o objetivo de provar a bebida.
Se escolheu esta opção, avance para a questão nº 14

98 - Prefere não responder

99 - Não sabe

13 - E num desses dias, em média, quantas bebidas alcoólicas consome?

1 - 16 ou mais bebidas por dia

2 - 10 a 15 bebidas por dia

3 - 6 a 9 bebidas por dia

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2014; Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

- 4 - 4 a 5 bebidas por dia
- 5 - 3 bebidas por dia
- 6 - 2 bebidas por dia
- 7 - 1 bebida por dia
- 8 - 0 bebidas por dia
- 99 - Prefere não responder

As próximas questões dizem respeito ao sono e qualidade do sono. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do último mês.

14 - Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?

Horário de deitar: __h__min

15 - Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?

Minutos que demorou a adormecer: __min

16 - Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).

Horas de sono por noite: __h__min

17 - Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

- 1 - Muito bom
- 2 - Bom
- 3 - Razoável
- 4 - Mau
- 5 - Muito mau
- 8 - Prefere não responder

18 - Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

- 1 - Nunca
- 2 – menos de 1 X/semana

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2014; Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

- 3 - 1 ou 2x/semana
- 4 - 3x/semana ou mais
- 8 - Prefere não responder

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2014; Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Anexo II - Questionário de Nomofobia – NMP-Q-PT

NMP-Q-PT

(Yildirim & Correia, 2015; Versão Portuguesa de A. Galhardo, D. Loureiro, E. Raimundo, I. Massano-Cardoso, & M. Cunha, 2019)

Indique o quanto concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações em relação ao seu <i>smartphone</i> .	Discordo totalmente						Concordo totalmente
	1	2	3	4	5	6	
1. Sentir-me-ia desconfortável se não tivesse acesso constante a informação através do meu <i>smartphone</i> .							
2. Sentir-me-ia irritado se não pudesse pesquisar informação no meu <i>smartphone</i> quando quisesse.							
3. Não poder ter as notícias (ex., acontecimentos, estado do tempo, etc.) no meu <i>smartphone</i> deixar-me-ia ansioso.							
4. Ficaria irritado se não conseguisse usar o meu <i>smartphone</i> e as suas funcionalidades quando quisesse.							
5. Ficar sem bateria no meu <i>smartphone</i> far-me-ia ficar com medo.							
6. Se ficasse sem crédito no meu <i>smartphone</i> ou atingisse o limite dos dados móveis mensais, entraria em pânico.							
7. Se não tivesse um sinal de rede ou <i>Wi-Fi</i> , estaria constantemente a verificar se já tinha sinal ou se conseguia encontrar uma rede <i>Wi-Fi</i> .							
8. Se não conseguisse usar o meu <i>smartphone</i> , teria medo de ficar sem recursos num sítio qualquer.							
9. Se não me fosse possível ver o meu <i>smartphone</i> durante algum tempo, sentiria necessidade de o fazer.							
10. Sentir-me-ia ansioso, porque não conseguiria comunicar imediatamente com a minha família e/ou amigos.							
11. Ficaria preocupado porque a minha família e/ou amigos não me poderiam contactar.							
12. Sentir-me-ia nervoso porque não conseguiria receber mensagens e chamadas.							
13. Sentir-me-ia ansioso porque não seria capaz de manter contacto com a minha família e/ou amigos.							
14. Ficaria nervoso porque não saberia se alguém me tinha tentado contactar.							

	Discordo totalmente						Concordo totalmente
	1	2	3	4	5	6	
15. Sentir-me-ia ansioso porque a minha ligação constante com a minha família e amigos estaria interrompida.							
16. Ficaria nervoso porque estaria desligado da minha identidade <i>online</i> .							
17. Sentir-me-ia desconfortável porque não conseguiria estar atualizado nas redes sociais e nas redes <i>online</i> .							
18. Sentir-me-ia incomodado por não poder ver as minhas notificações para atualizações dos meus contatos e redes sociais.							
19. Sentir-me-ia ansioso porque não aceder aos meus <i>e-mails</i> .							
20. Sentir-me-ia estranho porque não saberia o que fazer.							

Anexo III - Escala de Avaliação SOC

Pedimos a sua colaboração no preenchimento deste suplemento. A sua colaboração na resposta às perguntas que se seguem vai ajudar a compreender melhor a importância que assume o sentido de coerência para a saúde.

As suas respostas são confidenciais.



1. Preencha estas folhas respondendo sinceramente a cada pergunta marcando com uma a opção que na sua opinião for correcta.



2. Coloque-as depois no envelope que lhe foi fornecido.

3. Pode - mas não é necessário - por o seu endereço no envelope.



4. Deixe-o na caixa ou numa caixa do correio, ou, aguarde pela passagem do entrevistador que procederá à sua recolha. *Obrigado pela sua colaboração.*

©Saboga Nunes, 1999 ENSP-UNL . versão portuguesa validada para uma amostra de 643 indivíduos. $\alpha C =$ entre 0.83 e 0.90 ; $r = 0.88$

Utilização autorizada sob reserva de indicação de:

Fonte: Saboga-Nunes, L. – Sense of Coherence: operationalization of a concept that determines mental health and quality of life / O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. UNL, 1999. Tese elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Pública, ministrado pela ENSP. UNL. (Muito Bom por unanimidade) disponível em <http://www.salutogenesis.net> e-mail de contacto saboga@salutogenesis.net

Itens a inverter 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, 27

escala de 13 itens 4, 5, 6, 8, 9, 12, 16, 19, 21, 25, 26, 28, 29

1 Quando fala com outras pessoas, tem a impressão de que elas não o compreendem?	nunca tenho essa impressão	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	tenho sempre essa impressão
2 No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento	de que as coisas não iriam ser feitas	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	de que as coisas iam ser feitas
3 Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é	que as sente como pessoas estranhas	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	como pessoas que conhece muito bem
4 Tem a impressão de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?	muito raramente não me interessa	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito frequentemente não me interessa
5 Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que julgava conhecer bem?	nunca aconteceu	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	sempre aconteceu
6 Já lhe aconteceu ter sido desapontado/a por pessoas com quem, à partida contava?	nunca aconteceu	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	sempre aconteceu
7 A vida é:	cheia de interesse	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	absolutamente rotineira
8 Até hoje, na vida,	não consegui nem objectivos nem rumo próprio	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	consegui objectivos e rumo próprio
9 Sente que não é tratado/a com justiça?	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	raramente ou nunca
	cheia de mudanças sem ser capaz de	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	completamente

Questionário do Sentido de Coerência

- 2 -

10 Nos últimos dez anos a sua vida tem sido	prever o que vem a seguir		consistente e previsível
11 A maior parte das coisas que irá fazer (no futuro) serão provavelmente	completamente fascinantes	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	tremendamente aborrecidas
12 Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?	acontece sempre	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nunca acontece
13 Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida	consegue-se sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nunca há solução para as situações difíceis da vida
14 Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente	sente como é bom viver	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	pergunta-se a si próprio porque razão veio ao mundo
15 Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é	sempre confusa e difícil de encontrar	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	sempre perfeitamente clara
16 Aquilo que faz diariamente é	uma fonte de profunda satisfação e prazer	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	uma fonte de sofrimento e aborrecimento
17 A sua vida futura será provavelmente	cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	perfeitamente coerente e previsível
18 Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	afundar-se no problema	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	dizer para si mesmo: "Paciência, tudo se há-de resolver" e "vamos em frente"
19 Tem sentimentos e ideias muito confusos?	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
20 Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação	fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
21 Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
22 Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:	não terá nem sentido nem objectivo	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	terá pleno sentido e objectivo
23 Pensa que haverá sempre pessoas com quem possa contar no futuro?	estou certo que haverá	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	duvido que haja
24 Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
25 Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter) por vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?	nunca aconteceu	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	aconteceu frequentemente
26 Quando teve de enfrentar algum problema geralmente acabou por verificar que:	avaliou mal a importância do problema	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	avaliou correctamente a importância do problema
27 Quando pensa nas dificuldades que tem de enfrentar em situações importantes da sua vida, tem a sensação de que:	conseguirá ultrapassar as dificuldades	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	não conseguirá ultrapassar as dificuldades

Questionário do Sentido de Coerência

- 3 -

28 Com que frequência sente que as coisas que faz na sua vida diária têm pouco sentido?	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
29 Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca

Fim do questionário validado

Questões de investigação para cruzamento com o SOC:

Auto percepção da saúde

30 Comparando com as pessoas da sua idade, considera o seu estado de saúde	muito mau	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito bom
---	-----------	---------------	-----------

Indicadores de saúde mental

31 Sente-se só	nunca aconteceu	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	aconteceu sempre
32 Sente-se abandonado e esquecido	nunca aconteceu	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	aconteceu sempre
33 Sente-se útil, aproveitado	nunca aconteceu	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	aconteceu sempre

Indicadores do SCO em estudo - para validação de uma escala reduzida de avaliação rápida do SCO

34 Sente-se confiante na sua vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>
35 Sente-se confiante na sua vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>
36 Sente-se confiante na sua vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>

Sente-se confiante na sua vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
Sente-se confiante na sua vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
Sente-se confiante na sua vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca

Quadro: Operacionalização da variável SCO com as suas dimensões/indicadores e atributos

	Variável / Conceito	Dimensão / Indicadores	Escala, Código ou atributo	
		ESCALA SCO		
nº do indicador no inquérito	FACETAS DO ESTÍMULO A. Modalidade: 1. instrumental; 2. Cognitivo; 3. afectivo; B. Origem: 1. interno; 2. externo; 3. ambos; C. Solicitação: 1. Concreta; 2. difusa; 3. abstracta; D. Referência temporal: 1. passado 2. presente 3. Futuro		definido através de diferencial semântico (D.S.) de sete pontos	
1	SCO - 1312 - R	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 1 a inverter
2	SCO - 1111	C. GESTÃO	intervalo	item 2
3	SCO - 1322	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 3
4	SCO - 1222 - R *	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 4 a inverter
5	SCO - 1221 - R*	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 5 a inverter
6	SCO - 1221 - R*	C. GESTÃO	intervalo	item 6 a inverter
7	SCO - 2332 - R	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 7 a inverter
8	SCO - 2331 *	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 8
9	SCO - 1222 *	C. GESTÃO	intervalo	item 9
10	SCO - 2331	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 10
11	SCO - 1313 - R	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 11 a inverter
12	SCO - 2232 *	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 12
13	SCO - 2332 - R	C. GESTÃO	intervalo	item 13 a inverter
14	SCO - 2132 - R	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 14 a inverter
15	SCO - 1112	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 15
16	SCO - 1312 - R *	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 16 a inverter
17	SCO - 2333	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 17
18	SCO - 3211	C. GESTÃO	intervalo	item 18
19	SCO - 2122 *	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 19
20	SCO - 1113 - R	C. GESTÃO	intervalo	item 20 a inverter
21	SCO - 3122 *	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 21
22	SCO - 2333	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 22
23	SCO - 1223 - R	C. GESTÃO	intervalo	item 23 a inverter
24	SCO - 2233	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 24
25	SCO - 3131 - R*	C. GESTÃO	intervalo	item 25 a inverter
26	SCO - 1211 *	C. COMPREENSÃO	intervalo	item 26
27	SCO - 1313 - R	C. GESTÃO	intervalo	item 27 a inverter
28	SCO - 1212 *	C. INVESTIMENTO	intervalo	item 28
29	SCO - 3122 *	C. GESTÃO	intervalo	item 29
	ITENS DAS DIMENSÕES DA ESCALA	C. INVESTIMENTO	4,7,8,11,14,16,22,28	
		C. GESTÃO	2,6,9,13,18,20,23,25,27,29	
		C. COMPREENSÃO	1,3,5,10,12,15,17,19,21,24,26	
32	SCO	C. COMPREENSÃO	tricotómica	1 sim-2 não-3 não sei
33	SCO	C. GESTÃO	tricotómica	sim-não-não sei

Questionário do Sentido de Coerência

- 5 -

34	SCO	C. INVESTIMENTO	tricotômica	sim-não-não sei
----	-----	-----------------	-------------	-----------------

Fonte: Saboga Nunes, Luis Ângelo, 1999

escala de 13 itens 4, 5, 6, 8, 9, 12, 16, 19, 21, 25, 26, 28, 29

C. INVESTIMENTO	4,8,16,28	1,4,7,13
C. GESTÃO	6,9,25,29	3,5,10,12
C. COMPREENSÃO	5,12,19,21,26	2,6,8,9,11

Fim 

APÊNDICES

Apêndice I - Pedido de colaboração às Direções das Unidades Orgânicas da IES

De: Pedro Araujo
Enviado: 30 de abril de 2020 16:13
Cc: MARIA AMORIM; CARMINDA MORAIS; isacunha1850@hotmail.com
Assunto: Pedido de Colaboração: divulgação de estudo

À comunidade académica

A pedido da nossa estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária e das respetivas orientadoras, solicita-se a melhor atenção e colaboração no preenchimento do questionário. <https://forms.gle/vS2S8FwZNSCDw1Kq7>

Atenciosamente

Pedro Nuno Araújo
Secretariado da Direção

Escola Superior de Saúde
Rua D. Moisés Alves de Pinho • 4900-314 Viana do Castelo • PORTUGAL
Tel. + 351 258 809 555 • Tlm +351 937 300 016 • Ext. 24111

www.ess.ipvc.pt • pedroaraujo@ess.ipvc.pt



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Saúde



Pondere antes de imprimir este e-mail! O Instituto Politécnico de Viana do Castelo segue uma política de sustentabilidade ambiental e dá preferência a serviços amigos do ambiente.

De: MARIA AMORIM <isabelamorim@ess.ipvc.pt>
Enviada: 15 de abril de 2020 16:58
Para: Geral ESS <geral@ess.ipvc.pt>
Cc: Maria Aurora Gonçalves Pereira <aurorapereira@ess.ipvc.pt>; SALOMÉ FERREIRA <salomeferreira@ess.ipvc.pt>
Assunto: FW: Pedido de Colaboração: divulgação de estudo

Exma Direção da ESS-IPVC,
Prof. Aurora Pereira
Prof. Salomé Ferreira

No âmbito da dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, em curso na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pela estudante Maria Isabel Gonçalves Cunha, sob orientação da Professora Doutora Carminda Morais e minha (Isabel Lajoso Amorim), muito agradecemos a colaboração da Direção da ESS na disponibilização/divulgação do e-mail abaixo entre os estudantes da Unidade Orgânica que dirigem:

“Caro(a) Estudante;

Encontramo-nos a realizar uma investigação, no âmbito de um Mestrado aprovado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, na área da Enfermagem Comunitária, com o seguinte tema: **Dependência do Smartphone: um estudo sobre a Nomofobia e a sua relação com o Sentido Interno de Coerência entre os estudantes do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.**

Os objetivos deste estudo são:

- o Determinar a prevalência da Nomofobia em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo;
- o Avaliar a relação entre Nomofobia e Sentido Interno de Coerência em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo;
- o Avaliar quais os fatores associados à Nomofobia em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

É para levar a cabo a consecução dos objetivos acima enunciado que necessitamos da sua preciosa colaboração, vimos por este meio solicitar a sua participação sem a qual não será possível a conclusão desta investigação!

Como é do conhecimento e da vivência de todos, a pandemia por COVID-19 que assolou o país obriga a medidas excecionais, impossibilitando a recolha de dados em contexto mais próximo, como inicialmente estava previsto.

Neste contexto, a sua colaboração é imprescindível!

Para o efeito, muito agradecemos preenchimento do questionário, disponível em <https://forms.gle/vS2S8FwZNsCDw1Kq7> que demorará apenas 20 minutos. Não implica qualquer tipo de custo ou risco para os participantes, mas permitirá conhecer a especificidade deste fenómeno na nossa instituição. Os dados recolhidos servirão para se desenhar intervenções de promoção da saúde. Garantimos o sigilo, a confidencialidade, bem como o anonimato dos participantes na análise dos dados. A participação é VOLUNTÁRIA e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes. Caso necessite de mais esclarecimentos, por favor contacte isacunha1850@hotmail.com.

Agradecemos a submissão do questionário, até ao dia **11 de maio de 2020**.

Saudações académicas,

Maria Isabel Gonçalves Cunha"

Com os melhores cumprimentos, também pessoais

Isabel Lajoso Amorim
Enfermagem
Professora Coordenadora

Escola Superior de Saúde
Rua D. Moisés Alves de Pinho • 4900-314 Viana do Castelo • PORTUGAL
Tel. +351 258 809 550 • Tlm +351 937 300 016 • Ext. 24125

www.ess.ipvc.pt • carmindamorais@ess.ipvc.pt



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Saúde



Pondere antes de imprimir este e-mail! O Instituto Politécnico de Viana do Castelo segue uma política de sustentabilidade ambiental e dá preferência a serviços amigos do ambiente.

De: CARMINDA MORAIS
Enviado: 15 de abril de 2020 16:03
Para: Luís Barreto; Teresa Pereira
Cc: Geral ESCE; MARIA AMORIM; Isabel Cunha
Assunto: Pedido de Colaboração: divulgação de estudo
Importância: Alta

Exma Direção da ESCE-IPVC,

Prof. Doutor Luís Barreto
Profª Doutora Teresa Pereira

No âmbito da dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, em curso na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pela estudante Maria Isabel Gonçalves Cunha, sob orientação da Professora Doutora Isabel Amorim e minha (Carminda Morais), muito agradecemos a colaboração da Direção da ESCE na disponibilização/divulgação do e-mail abaixo entre os estudantes da Unidade Orgânica que dirigem:

“Caro(a) Estudante;

Encontramo-nos a realizar uma investigação, no âmbito de um Mestrado aprovado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, na área da Enfermagem Comunitária, com o seguinte tema: **Dependência do Smartphone: um estudo sobre a Nomofobia e a sua relação com o Sentido Interno de Coerência entre os estudantes do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.**

Os objetivos deste estudo são:

- o Determinar a prevalência da Nomofobia em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo;
- o Avaliar a relação entre Nomofobia e Sentido Interno de Coerência em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo;
- o Avaliar quais os fatores associados à Nomofobia em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

É para levar a cabo a consecução dos objetivos acima enunciado que necessitamos da sua preciosa colaboração, vimos por este meio solicitar a sua participação sem a qual não será possível a conclusão desta investigação!

Como é do conhecimento e da vivência de todos, a pandemia por COVID-19 que assolou o país obriga a medidas excecionais, impossibilitando a recolha de dados em contexto mais próximo, como inicialmente estava previsto.

Neste contexto, a sua colaboração é imprescindível!

De: CARMINDA MORAIS
Enviado: 15 de abril de 2020 16:06
Para: Pedro Bezerra; ANTÓNIO DANTAS
Cc: Geral Esdl; MARIA AMORIM; Isabel Cunha
Assunto: Pedido de Colaboração: divulgação de estudo
Importância: Alta

Exma Direção da ESDL-IPVC,

Prof. Doutor Pedro Bezerra
Profª Doutor Jorge Dantas

No âmbito da dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, em curso na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pela estudante Maria Isabel Gonçalves Cunha, sob orientação da Professora Doutora Isabel Amorim e minha (Carmina Morais), muito agradecemos a colaboração da Direção da ESDL na disponibilização/divulgação do e-mail abaixo entre os estudantes da Unidade Orgânica que dirigem:

“Caro(a) Estudante;

Encontramo-nos a realizar uma investigação, no âmbito de um Mestrado aprovado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, na área da Enfermagem Comunitária, com o seguinte tema: **Dependência do Smartphone: um estudo sobre a Nomofobia e a sua relação com o Sentido Interno de Coerência entre os estudantes do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.**

Os objetivos deste estudo são:

- o Determinar a prevalência da Nomofobia em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo;
- o Avaliar a relação entre Nomofobia e Sentido Interno de Coerência em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo;
- o Avaliar quais os fatores associados à Nomofobia em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

É para levar a cabo a consecução dos objetivos acima enunciado que necessitamos da sua preciosa colaboração, vimos por este meio solicitar a sua participação sem a qual não será possível a conclusão desta investigação!

Como é do conhecimento e da vivência de todos, a pandemia por COVID-19 que assolou o país obriga a medidas excecionais, impossibilitando a recolha de dados em contexto mais próximo, como inicialmente estava previsto.

Neste contexto, a sua colaboração é imprescindível!

Para o efeito, muito agradecemos preenchimento do questionário, disponível em <https://forms.gle/vS2S8FwZNsCDw1Kq7> que demorará apenas 20 minutos. Não implica qualquer tipo de custo ou risco para os participantes, mas permitirá conhecer a especificidade deste fenómeno na nossa instituição. Os dados recolhidos servirão para se desenhar intervenções de promoção da saúde. Garantimos o sigilo, a confidencialidade, bem como o anonimato dos participantes na análise dos dados. A participação é VOLUNTÁRIA e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes. Caso necessite de mais esclarecimentos, por favor contacte isacunha1850@hotmail.com.
Agradecemos a submissão do questionário, até ao dia **04 de maio de 2020**.

Saudações académicas,

Maria Isabel Gonçalves Cunha"

Com os melhores cumprimentos, também pessoais

Carmina Morais
Enfermagem
Professora Coordenadora

Escola Superior de Saúde
Rua D. Moisés Alves de Pinho • 4900-314 Viana do Castelo • PORTUGAL
Tel. + 351 258 809 550 • Tlm +351 937 300 016 • Ext. 24125

www.ess.ipvc.pt • carmindamorais@ess.ipvc.pt



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Saúde



Pondere antes de imprimir este e-mail! O Instituto Politécnico de Viana do Castelo segue uma política de sustentabilidade ambiental e dá preferência a serviços amigos do ambiente.

De: CARMINDA MORAIS
Enviado: 15 de abril de 2020 16:12
Para: Direcao ESTG
Cc: MARIA AMORIM; Isabel Cunha
Assunto: FW: Pedido de Colaboração: divulgação de estudo
Importância: Alta

Exma Direção da ESTG-IPVC,

Prof. Doutor Pedro Moreira
Prof Doutor Pedro Delgado
Prof Doutor Pedro Castro

No âmbito da dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, em curso na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pela estudante Maria Isabel Gonçalves Cunha, sob orientação da Professora Doutora Isabel Amorim e minha (Carmina Morais), muito agradecemos a colaboração da Direção da ESTG na disponibilização/divulgação do e-mail abaixo entre os estudantes da Unidade Orgânica que dirigem:

“Caro(a) Estudante;

Encontramo-nos a realizar uma investigação, no âmbito de um Mestrado aprovado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, na área da Enfermagem Comunitária, com o seguinte tema: **Dependência do Smartphone: um estudo sobre a Nomofobia e a sua relação com o Sentido Interno de Coerência entre os estudantes do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.**

Os objetivos deste estudo são:

- o Determinar a prevalência da Nomofobia em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo;
- o Avaliar a relação entre Nomofobia e Sentido Interno de Coerência em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo;
- o Avaliar quais os fatores associados à Nomofobia em jovens que, no ano letivo 2019/2020, frequentam um curso superior lecionado pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

É para levar a cabo a consecução dos objetivos acima enunciado que necessitamos da sua preciosa colaboração, vimos por este meio solicitar a sua participação sem a qual não será possível a conclusão desta investigação!

Como é do conhecimento e da vivência de todos, a pandemia por COVID-19 que assolou o país obriga a medidas excecionais, impossibilitando a recolha de dados em contexto mais próximo, como inicialmente estava previsto.

Neste contexto, a sua colaboração é imprescindível!

Para o efeito, muito agradecemos preenchimento do questionário, disponível em <https://forms.gle/vS2S8FwZNsCDw1Kq7> que demorará apenas 20 minutos. Não implica qualquer tipo de custo ou risco para os participantes, mas permitirá conhecer a especificidade deste fenómeno na nossa instituição. Os dados recolhidos servirão para se desenhar intervenções de promoção da saúde. Garantimos o sigilo, a confidencialidade, bem como o anonimato dos participantes na análise dos dados. A participação é VOLUNTÁRIA e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes. Caso necessite de mais esclarecimentos, por favor contacte isacunha1850@hotmail.com.
Agradecemos a submissão do questionário, até ao dia **04 de maio de 2020**.

Saudações académicas,

Maria Isabel Gonçalves Cunha"

Com os melhores cumprimentos, também pessoais

Carmina Morais
Enfermagem
Professora Coordenadora

Escola Superior de Saúde
Rua D. Moisés Alves de Pinho • 4900-314 Viana do Castelo • PORTUGAL
Tel. + 351 258 809 550 • Tlm +351 937 300 016 • Ext. 24125

www.ess.ipvc.pt • carmindamorais@ess.ipvc.pt



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Saúde



Pondere antes de imprimir este e-mail! O Instituto Politécnico de Viana do Castelo segue uma política de sustentabilidade ambiental e dá preferência a serviços amigos do ambiente.

Apêndice II - Autorização para utilização da escala SOC.



Luis A. Saboga-Nunes, Lic. Soc, MPH, PhD, EuHP

Universidade NOVA de Lisboa - National School of Public Health

Associated professor - Institute of Sociology University of Education Freiburg - Germany

PT network for the promotion of www.salutogenesis.net email saboga.nunes@gmail.com Tel. (+351)914747066 info www.saboga.net

Sobreiro das Boiças, Romeira, Santarém 2005-078 Portugal

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública

Questionário Sentido de Coerência – SCO®

Todas as dimensões e versões do SCO® (Questionário Sentido de Coerência - SCO®)* estão registadas (copyright) e só podem ser usadas com permissão do autor (IGAC direção de serviços de propriedade intelectual Proc 1434/2003). Uma base de dados de utilizadores registados é mantida para garantir que os direitos de autor não são violados. Para usar a SCO será necessário obter uma licença.

All sections and versions of the SCO® (Questionário Sentido de Coerência - SCO®)* are copyright and may only be used with permission from the author (IGAC direção de serviços de propriedade intelectual Proc 1434/2003). A database of registered users is maintained to ensure that copyright is not breached. To be able to use the SCO you will need to obtain a license.

Para obter um contrato de licença SCO, por favor preencha este formulário e devolva-o a:
Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: saboga@prosalus.com

To obtain a SCO license agreement, please complete this form and return it to:
Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: saboga@prosalus.com

Após a receção de um contrato de licenciamento específico para o seu estudo, projeto ou programa, como utilizador licenciado deve respeitar as condições desta licença.

Upon receipt of an executed license agreement specific to your study, project or program you will be a licensed user and you must abide by the conditions of this license.

Como utilizador licenciado SCO receberá também um apoio limitado, incluindo aconselhamento em questões de investigação que envolvam a SCO e qualquer uma das três dimensões SCO que selecionar usar.

As a licensed SCO user you will also receive limited support including advice on research questions involving SCO and which of the three SCO domains that you might be best to use.

Aviso importante:

• A licença para usar a SCO dá-lhe direito a usar o instrumento em sua forma completa. As condições de direitos de autor proíbem a modificação de qualquer uma das perguntas SCO, estrutura ou respostas dos itens. A omissão de qualquer uma das perguntas ou dimensões da SCO inviabiliza que possa alegar que usou a escala SCO. A Escala SCO deve ser tratada de acordo com as recomendações prescritas para garantir interpretações de dados fidedignos, consistentes com os estudos de validação. Ao se registrar concorda em cumprir com esses requisitos.

Important notice:

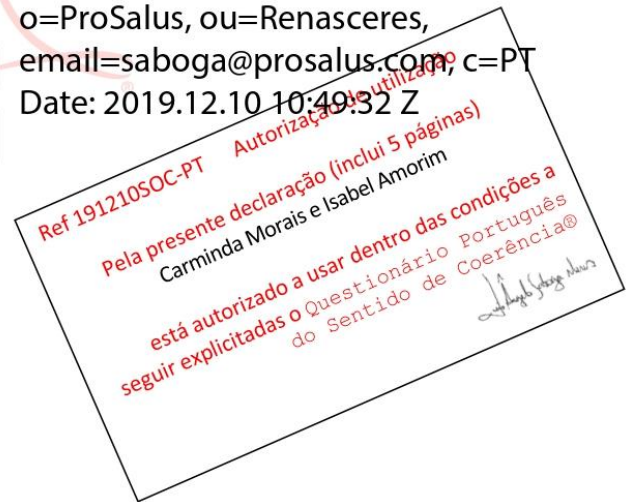
A license to use the SCO entitles you to use the instrument in its complete form. The Copyright conditions prohibit modification of any of the SCO questions, item stems or item responses. The omission of any of the SCO questions within a scale means that you cannot claim that you have used a SCO scale. SCO scales must be scored as prescribed to ensure interpretations of the data are trustworthy and consistent with the validation studies. By registering you agree to abide by these requirement.

Esta exigência procura garantir que os resultados de diferentes estudos são diretamente comparáveis, e que os leitores de relatórios ou artigos possam estar seguros de que os resultados apresentados são de questionários padronizados, validados e válidos.

This requirement is to ensure that results from different studies are directly comparable, and that readers of reports or articles can be assured the reported results are from standardized and valid questionnaires.



3 Digitally signed by Luis Saboga Nunes
DN: cn=Luis Saboga Nunes,
o=ProSalus, ou=Renasceres,
email=saboga@prosalus.com, c=PT
Date: 2019.12.10 10:49:32 Z



1. Organização/Organisation

Nome da organização /Name of organisation:
Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de
Viana do Castelo
Pessoa de contato / Contact person: Carminda
Morais e Isabel Amorim
Email /Email address:

carmindamorais@ess.ipvc.pt e isabelamorim@ess.ipvc.pt

Telm / Phone number: +351 962497420 ou + 351 927849792

Endereço / Address: Rua d. Moisés Alves de Pinho Cidade / Town / City: Viana do Castelo

Estado / State: NA

País / Country: Portugal

Endereço WebWebsite: _____

2. Tipo de organização / Type of organistaion:

- Hospital / Serviços de saúde / Hospital/Medical Practice
- Organização Comunitária de Saúde / Community Health organisation
- organização não-governamental/Non-Government organisation (e.g. Diabetes Foundation)
- organização académica/Academic organization (e.g. University or Student)
- Serviço Nacional de Saúde / SNS / SUS / NHS / Primary Care Trust / Commissioning
- outro (especifique) Other (please specify): _____

3. Nome do Projeto / Name of Project / Program: Dependência do *smartphone*: um estudo sobre a nomofobia e a sua relação com Sentido Interno de Coerência nos estudantes do IPVC

Resumo / Summary of your project: Tendo por base a evidência crescente de nomofobia entre estudantes do ensino superior, procura-se compreender a realidade deste fenómeno entre os estudantes do IPVC em articulação com o estudo do SCO.

4. Lista dos investigadores principais / List principal investigators: (title, first name, and surname): Isabel Cunha, Isabel Amorim e Carminda Morais

5. Características do programa / Characteristics of your program: NA

5.1 datas de início e fim / start and finish dates:

Início / Start date: 2019.12.2 Fim / End date: 2020.12.02

5.2 Projeto ou programa financiado? / Is your study, project or program funded?

- Não.
- Sim, para uso comercial (produto ou serviço) / Yes, for commercial use, of a product or service
- Sim, para a pesquisa / Yes, for research proposes

Se é financiado por favor especificar o valor do financiamento / If it is funded please specify the size of funding:

- <€50,000
- €50,000 - €199,999
- €200,000 or greater

5.3 Número de entrevistados que se espera completem a HLS -EU- PT / Number of respondents completing the SCO (e.g. 60 participantes / participants): 100

5.4 Número de vezes HLS -EU- PT será administrada a cada participante / Number of times SCO will be administered to each participant: 1

5.6 Características dos inquiridos / Characteristics of respondents:

- Grupo etário / Specific age group (age range) 18 a 25
- Pessoas com alguma patologia particular / People with a particular disease (especifique / specify)
-

5.6 Método de distribuição da escala do SCO / Method of delivery of the SCO:

- correio / Mail
- telephone/ Telephone
- entrevista / Interview / oral
- por alguém próximo / Filled in by proxy (e.g. doctor, partner, parent, or caregiver)
- na internet, de base computacional / Web / computer-based
- outro (especifique) Other (please specify): _____

5. Proteção dos dados / Privacy Disclosure

- 6.1 Disponibiliza os detalhes que forneceu neste formulário para que estejam disponíveis a outras organizações ou pesquisadores que trabalham em áreas semelhantes? / Are you willing to have the details you have provided on this form made available to other organizations or researchers working in similar fields?

Sim / Yes
 Não / No

- 6.2 Prosseguimos com investigação focada na sensibilidade, validade e fidedignidade da SCO cujo objetivo é fornecer parâmetros de referência da SCO para auxiliar pesquisadores e organizações na compreensão dos resultados . Está disposto a disponibilizar os seus dados (sem identificação) para apoiar este processo? / We are conducting research into the sensitivity, validity and reliability of the SCO and aim to provide benchmarks for SCO to assist researchers and organisations in understanding of the results. Are you willing to make your data available in de-identified format to support this?

Sim / Yes
 Não / No

Obrigado por preencher este formulário de inscrição e enviá-lo para

Thank you for completing this registration form and send it to

Luis A. SABOGA NUNES

* Questionário Sentido de Coerência - SCO IGAC direção de serviços de propriedade intelectual Proc. 1434/2003



Luis A. Saboga-Nunes, Lic. Soc, MPH, PhD, EuHP

Universidade NOVA de Lisboa - National School of Public Health

Associated professor - Institute of Sociology University of Education Freiburg - Germany

PT network for the promotion of www.salutogenesis.net email saboga.nunes@gmail.com Tel. (+ 351)914747066 info www.saboga.net

Sobreiro das Boiças, Romeira, Santarém 2005-078 Portugal

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
 Escola Nacional de Saúde Pública

Apêndice III - Autorização para utilização do questionário NMP-Q-PT.

----- Forwarded message -----

De: **Ana Galhardo** <anamargaridagalhardo@gmail.com>

Date: terça, 22/10/2019 às(s) 11:38

Subject: Questionário de Nomofobia

To: <carmindamorais@ess.ipvc.pt>

Cc: <isabelamorim@ess.ipvc.pt>, Ilda Massano Cardoso <ildamassano@ismt.pt>, <pedrof@fe.uc.pt>, Daniela Loureiro <danifernadloureiro.1993@gmail.com>, Elsa Oliveira <raimundoelsa@gmail.com>, Marina Cunha <marina_cunha@ismt.pt>

Cara Prof. Carminda Morais,

Agradecemos o interesse demonstrado pelo uso da versão portuguesa do Questionário de Nomofobia. Como solicita, este segue em anexo, sendo que o artigo relativo ao estudo da estrutura fatorial e propriedades psicométricas se encontra submetido para publicação. De qualquer modo, informamos que a estrutura de 4 fatores, proposta pelos autores da versão original e encontrada igualmente nas versões em outras línguas, foi replicada na nossa amostra de 500 sujeitos da população geral.

Caso necessite de mais algum elemento, não hesite em contactar-nos.

Atentamente,

Ana Galhardo

Clinical Psychologist, PhD

Assistant Professor - ISMT, Coimbra

Associate Researcher - CINEICC, University of Coimbra, Portugal



www.ismt.pt

Largo da Cruz de Celas, 1

3000-132 Coimbra

Tel: [\(+351\) 239 488 030](tel:+351239488030)