



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UniCEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

TAMIRES MARTINELLI DE OLIVEIRA FERRAZ
GABRIELLA MELO XIMENES DAMÁSIO

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS MENORES E CARACTERIZAÇÃO DE
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA AMOSTRA
DE BRASÍLIA – DF**

BRASÍLIA

2021



TAMIRES MARTINELLI DE OLIVEIRA FERRAZ
GABRIELLA MELO XIMENES DAMÁSIO

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS MENORES E CARACTERIZAÇÃO DE
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA AMOSTRA
DE BRASÍLIA – DF**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Alberto Vilar Trindade

BRASÍLIA

2021

DEDICATÓRIA

Aos nossos pais, que sempre apoiam os nossos sonhos e que fazem de tudo para que eles se realizem.

AGRADECIMENTOS

A equipe da Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro Universitário de Brasília, em especial a professora Fernanda Vinhais, Clara Motta e Karine Caputo que nos tranquilizou e direcionou para o melhor caminho.

A Fundação de Apoio de Pesquisa do Distrito Federal – FAP-DF pelo suporte e assistência financeira na realização deste estudo junto ao corpo discente da graduação em Medicina.

Ao professor doutor Alberto Vilar, que embarcou nessa jornada conosco, e por ser um exemplo de médico.

Aos nossos pais por todo encorajamento e incentivo.

Ao André Buchmann Muller e Paulo Henrique Atta Sarmiento, por serem os melhores companheiros.

À ESTAT (Consultoria Estatística do Departamento de Estatística da Universidade de Brasília) por realizarem a análise estatística dos dados.

A todos os discentes que contribuíram com esta pesquisa de alguma forma, ela é para vocês também.

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.”

Nise da Silveira

RESUMO

Transtornos mentais menores (TMM) representam os quadros menos graves e mais frequentes de transtornos psiquiátricos na população, comumente associados a sintomas de mal-estar e/ou de incapacidade. Este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de TMM entre estudantes de graduação em Medicina do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), descrever e caracterizar o perfil epidemiológico dessa população para análise e planejamento de ações específicas, correlacionando essa prevalência com os possíveis fatores de risco. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e de corte transversal, desenvolvido com 170 universitários matriculados na graduação em Medicina UniCEUB. A seleção dos participantes foi realizada por meio do envio do questionário por redes sociais, com adesão voluntária e anônima. Para a participação no estudo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de elegibilidade para participação foram: identidade de gênero feminina ou masculina; idade de 18 a 38 anos; cursar os ciclos básico, clínico ou de internato. Para estimar a prevalência de transtornos foi utilizado o Brief Symptom Inventory (BSI) e criada uma plataforma online, intitulada *“Inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco e prevalência de transtornos psicológicos e do comportamento entre universitários”*. Foram realizados 3 tipos de análises: análise de correlações, utilizando o coeficiente V de Cramer; teste qui-quadrado de independência e análise de regressão linear múltipla. A amostra foi composta por 73,53% (n=125) participantes do sexo feminino e 26,47% (n=45) masculino, sendo que 85,29% (n=145) têm entre 18 e 24 anos, 11,76% (n=20) têm entre 25 e 30 anos, 2,94% (n=5) têm mais de 30 anos de idade. Em relação aos eixos de educação na graduação em Medicina, 35,29% (n=60) estão no ciclo básico, 44,12% (n=75) no clínico e 20,59% (n=35) no internato. Ao investigar o funcionamento cognitivo, emocional e social da amostra participante do estudo, com a utilização do instrumento de testagem e avaliação psicológica BSI, foi evidenciado que 51,2% (n=87) classificam-se como casos suspeitos de TMM. Destes 21,18% (n=36) possuem traço de Somatização; 13,56% (n=23) têm Comportamento Obsessivo-Compulsivo; 43,53% (n=74) estão com Sensibilidade Interpessoal; 21,18% (n=36) possuem sintomas relativos à Depressão e 39,41% (n=67) de Ansiedade; 9,41% (n=16) têm Comportamento Hostil; 10,59% (n=18) estão num nível de Ansiedade Fóbica; 6,47% (n=11) em Ideação Paranóide e 34,12% (n=58) com alto índice de Psicoticismo. O estudo evidenciou a importância em se investigar o bem-estar psicológico dos universitários, que estão em vulnerabilidade, com a prevalência de transtornos mentais menores estimada acima da população geral, evidenciando maior susceptibilidade no gênero feminino. Estas são importantes observações, considerando que o sofrimento psicológico pode ter implicações consideráveis nos processos de ensino-aprendizagem e conseqüentemente no desenvolvimento do futuro profissional de saúde. Dessa forma, a graduação em Medicina assume um papel de agente catalisador de aspecto desencadeador nos casos de adoecimento. Sendo assim, é necessário a construção de ações integradas de prevenção e tratamento dos universitários, além de estudos longitudinais para identificar outros possíveis impactos na vida pessoal e na formação da prática clínica na construção da carreira profissional.

Palavras-chave: Estudante; Medicina; Transtornos Mentais Menores.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	3
MÉTODO.....	10
1) Desenho do Estudo e Delineamento Amostral	10
2) Local de Pesquisa, Descrição dos Participantes e Elegibilidade no Estudo	10
3) Instrumentos.....	10
4) Análises utilizadas	12
4.1) Correlograma e Coeficiente de Contingência V de Cramer	12
4.2) Teste Qui-quadrado de Independência	12
4.3) Análise de Regressão Linear	13
5) Procedimentos e Aspectos Éticos do Estudo	14
RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
1) Perfil dos acadêmicos de medicina	15
1.1) Identificação da amostra	15
1.2) Hábitos de vida	15
1.3) Uso de Substâncias	15
1.4) Atividades de Lazer.....	16
1.5) Relações Sociais e Familiares.....	16
1.6) Apoio Profissional e Terapia Medicamentosa	16
1.7) Apoio Institucional.....	17
2) Perfil de saúde mental dos acadêmicos de medicina	17
2.1) Nove dimensões do Inventário Breve de Sintomas (BSI)	21
2.2) Correlograma.....	23
2.3) Testes de independência	24
2.4) Regressão linear	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICE A	38
APÊNDICE B	53

INTRODUÇÃO

Transtornos mentais menores (TMM), definido por Goldberg¹, também conhecidos como transtornos mentais comuns, representam quadros menos graves e mais frequentes de distúrbios psiquiátricos na população. Eles são apresentados com sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes, sem que necessariamente se enquadrem em diagnósticos de algum Transtorno Depressivo ou de Ansiedade, segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) ou a décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)².

Os TMM podem ser a causa de uma sintomatologia diversa, como distúrbios do sono, fadiga, insônia, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, além de outras queixas somáticas, como cefaleia, falta de apetite, sintomas gastrointestinais e tremores, dentre outras^{3,4}.

Esses transtornos levam à perda considerável de funcionamento e saúde, e consequentemente, de qualidade de vida. Dessa forma, embora não seja um diagnóstico formal, representa uma enorme causa de sofrimento psicológico e de má adaptação comportamental, com repercussões nos relacionamentos e no desempenho das atividades diárias, podendo se agravar e gerar quadros mais graves, além de também constituir uma importante causa de afastamento do trabalho, com demanda nos serviços de saúde e prejuízos econômicos^{5,6}.

A literatura aponta elevadas taxas de prevalência para os sintomas de depressão e ansiedade entre universitários, inclusive sendo superiores às encontradas na população geral⁶⁻⁹. Nessa perspectiva, estudos nacionais e internacionais, empregando diferentes instrumentos voltados à investigação da saúde psicológica e comportamental, têm apontado a alta vulnerabilidade da população universitária e a emergência de sinais e sintomas psicopatológicos apresentados¹⁰⁻¹⁶. O estresse é um dos fatores ambientais mais importantes que predispõem à depressão e ansiedade, pois na maioria dos episódios de casos clínicos são precedidos pela ocorrência de fatores estressantes severos, principalmente de ordem psicossocial e nos casos estudados, desencadeados pela vivência universitária aversiva¹⁷.

Uma prevalência aumentada de TMM é notada desde cedo em estudantes do curso de Medicina, como indicado em vários estudos brasileiros e internacionais. Fatores inerentes ao processo educacional e ao ofício, como o árduo processo seletivo para ingresso na universidade, a carga horária integral, pressão constante de familiares e professores,

competições com colegas de classe, avaliações formativas constantes e a vivência diária com a dor, sofrimento e morte contribuem para a diminuição da qualidade de vida e para o desenvolvimento de transtornos mentais neste grupo, estando o TMM entre esses transtornos^{2,18}.

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de TMM entre estudantes de graduação em Medicina do UniCEUB, descrever e caracterizar o perfil epidemiológico dessa população para análise e planejamento de ações específicas, correlacionando essa prevalência com os possíveis fatores de risco.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O processo formativo dentro da graduação em Medicina pode ser um fator de grande estresse nessa população. Desde os fatores ambientais intrínsecos ao curso, como carga horária elevada e alta necessidade de estudo, até uma significativa demanda emocional do estudante, que têm que lidar com inúmeros agravos à saúde e com a morte⁵. Por ser um futuro profissional em saúde, torna-se um cuidador precoce e, por vezes, depositário de angústias e sofrimento psicológico de familiares, amigos e usuários dos serviços de atenção em saúde desenvolvidos nos estágios curriculares obrigatórios^{14,19}.

Ao considerarmos a constante busca pelo aperfeiçoamento profissional, elevadas expectativas inerentes ao processo formativo e ambições de sucesso no trabalho e na vida pessoal, frequentemente é encontrada uma alta prevalência de problemas psicoafetivos e comportamentais, que são desconhecidos por essa população²⁰. Os desconhecimentos nesses indicadores clínicos levam à desvalorização de sintomas importantes ou mesmo a tratamentos equivocados dos quadros, causando também angústia e desencadeando mecanismos de enfrentamento mal adaptativos. São exemplos dessa problemática a identificação tardia e o tratamento impróprio²¹ da depressão e de ansiedade, o consumo e dependência de substâncias lícitas e ilícitas^{18,22-24}, a alimentação inadequada em conjunto com a inatividade física²⁵⁻²⁷, entre outros sintomas que são desvalorizados, muito embora devam ser reconhecidos como associados a condutas de adoecimento e presentes em transtornos psiquiátricos mais severos.

O estudo das características sintomatológicas do recorte desta pesquisa no contexto universitário torna-se importante, uma vez que a literatura pontua uma existência significativa de sofrimento psicológico nas vivências acadêmicas de universitários, relatando variados fatos e vivências desfavoráveis no próprio desenvolvimento acadêmico e pessoal, como dificuldades de adaptação ao contexto universitário e à própria prática profissional desenvolvida nos estágios curriculares. Ainda nesta perspectiva, os sentimentos oriundos dessas vivências podem indicar situação de risco elevado para o desenvolvimento de transtornos psicológicos nessa população em específico, o que demonstra a necessidade de atenção mais cuidadosa por parte das instituições de ensino superior, com a consequente necessidade de se discutir e de propor providências de manejo desse sofrimento como medida propiciadora de bem-estar no ambiente universitário e consequentemente na formação do futuro profissional de saúde^{5,28}.

A prevalência de transtornos mentais tem crescido no Brasil e no mundo, contribuindo substancialmente para a carga de doenças globais. Em 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS), estimou que 4,4% da população mundial sofre de transtorno depressivo e 3,6% de transtorno de ansiedade. Em estudo realizado em Islamabad sobre estudantes universitários, havia prevalência de depressão leve em 37,46% dos indivíduos, moderada a grave em 14%, e 13,19% dos estudantes apresentaram ansiedade moderada³⁰. Uma meta-análise demonstrou que a prevalência global de depressão entre estudantes de medicina foi de 28%²⁹. Já um estudo nacional, entre estudantes de medicina, indicou a presença de sintomas depressivos em 41,3% dos indivíduos, sendo 28,5% sintomas leves e 12,8% de moderados a severos. Este mesmo estudo diferencia os tipos de ansiedade, entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, possuindo ambos níveis elevados. A população retratada apresenta 51,3% de ocorrência de níveis moderados e 30,4% de ocorrência de níveis altos de ansiedade-estado. Já quanto à ansiedade-traço, esta foi constatada em 50% da amostra em nível moderado e 30,4% em nível alto. Quanto mais, este estudo constatou que os sintomas ansiosos e depressivos apresentam maior incidência em discentes mulheres e entre estudantes de cursos localizados em capitais³¹.

Esses transtornos levam a perdas importantes da saúde e do funcionamento, que podem ser quantificadas em nível populacional, multiplicando a prevalência dos transtornos pelo nível médio de incapacidade associada a eles, caracterizando a estimativa Anos de Vida com Incapacidade, ou seja, é o tempo em que a pessoa convive com o agravo. Transtornos depressivos levam a um total global de 50 milhões de Anos de Vida com Incapacidade, enquanto os transtornos de ansiedade levaram a um total global de 24,6 milhões, em 2015⁶. Essa alta prevalência mostra a necessidade de estudar sobre a prevenção desses transtornos, como evitá-los e diagnosticá-los corretamente.

Em 1994, Goldberg criou uma taxonomia para se adequar às queixas mais frequentes sobre saúde mental que chegavam à atenção primária, sendo estas síndromes depressivas, ansiosas ou de somatização. A terminologia de transtorno mental menor (TMM) teve como intuito adaptar esse quadro ao trabalho clínico diário, brevemente deixando de lado os fatores que determinam sua etiologia, e focando na sobreposição dessas síndromes, que ocorrem em todos os níveis de gravidade e apresentam caráter flutuante¹. Descrito o modelo de adoecimento por TMM, é importante desenhar as suas síndromes, mesmo que, nesse caso, elas se encontrem sobrepostas. A Somatização analisa o mal-estar ligado a manifestações dos

sistemas regulados automaticamente, como os sistemas cardiovascular e gastrointestinal, por exemplo. A Depressão tem enfoque nos sintomas nucleares das perturbações depressivas, podendo ser citados a título de exemplo humor disfórico, anedonia, desesperança e ideação depressiva. Por último, a Ansiedade inclui sintomas indicativos de estado de pânico, por exemplo, nervosismo, tensão, agitação motora e apreensão³².

Uma meta-análise realizada entre estudantes de medicina no Brasil mostrou uma prevalência de TMM de 31,5%, entre os acadêmicos analisados e também trouxe uma análise acerca de outras comorbidades mentais. Nessa população, a prevalência de depressão foi de 30,6%; de Burnout, 13,1%; uso problemático do álcool, 51,5%; e compulsão alimentar, 10,9%²⁴. Nessa mesma população, houveram alguns estudos distintos que oscilaram entre a prevalência de TMM: em estudo conduzido na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, foi constatada uma prevalência de TMM de 32,2%⁴; em outro levantamento realizado em uma universidade de Sergipe, a prevalência foi de 40,0%³; já em análises realizadas nas universidades federais do Espírito Santo e da Paraíba, foram aferidas as prevalências de 37,1% e 33,6%, respectivamente^{5,33}.

Além disso, Goldberg percebeu que a tentativa de integrar os conhecimentos da psiquiatria social e biológica parecem ser mais bem-sucedidos se houver um modelo mais simples sobre o próprio adoecimento. Esse modelo faz a distinção entre três grupos de fatores: aqueles que produzem a vulnerabilidade às síndromes; aqueles que desencadeiam os sintomas em um determinado momento; e aqueles fatores que definem por quanto tempo a doença dura. Estes fatores foram chamados respectivamente de vulnerabilidade, desestabilização e restituição¹.

A origem do indivíduo favorece a vulnerabilidade adicional ou fornece resiliência ao desenvolvimento de sintomas sob estresse. Sendo assim, a tendência dos transtornos mentais serem familiares é atribuída ao fato de ser na família onde se aprende os comportamentos e as habilidades de enfrentamento. O fator genético pode contribuir com o risco deste agravo, mas ela não é determinante, não possuindo correlação direta entre o forte componente genético do indivíduo, como pais com transtornos mentais, e o envolvimento inevitável da doença. Um indício da atuação da genética está ligado à expressão do fenótipo neuroticismo, que por sua vez está ligado ao processamento mal-adaptativo do sistema de recompensa e punição¹.

Gênero é um dos fatores associados ao maior risco de desenvolvimento de TMM, e portanto, à maior vulnerabilidade. Assim como para depressão e ansiedade²⁹⁻³¹, o gênero feminino foi apontado como o mais vulnerável para TMM em vários estudos, o que não resguarda correlação com fatores biológicos, mas sim com a desigualdade de gênero, refletido nos diferentes papéis sociais desempenhados pela mulher e pelo homem³⁴. Em um estudo realizado entre estudantes de medicina da Jimma University, na Etiópia, aferiu-se que a probabilidade de ter TMM era 4 vezes maior nas estudantes mulheres em relação aos estudantes homens¹⁸. Em estudo realizado na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia que objetivou analisar a qualidade de vida em estudantes de medicina, entre os indivíduos com suspeição de TMM, 70,3% eram do sexo feminino⁴. Segundo estudo realizado sobre saúde mental de estudantes de medicina na Universidade da Beira Interior, em Portugal, as estudantes do sexo feminino apresentam médias significativamente mais baixas na dimensão do bem-estar psicológico e distress psicológico, durante os 6 anos de graduação, o que demonstra a existência de níveis mais altos de ansiedade e depressão entre elas³⁵.

A resiliência, assim como a vulnerabilidade, está diretamente relacionada ao ambiente inicial do indivíduo¹. O conceito de resiliência foi originado na física, definido como a capacidade de um material de voltar ao seu estado normal após ter sido modificado por um agente externo³⁶. Nas ciências humanas, o termo faz referência à capacidade de recuperação diante de adversidades vividas, se expressando frente a presença de fatores de risco, resguardando correlação direta com o risco³⁷. Um ambiente familiar estável aumentará a resiliência do sujeito ao desenvolvimento de transtorno mental caso ocorra estresse durante a vida adulta. Por exemplo, crianças institucionalizadas que não desenvolvem transtornos depressivos mais tarde na vida tendem a ter uma alta autoestima e autoconfiança, repertório de estratégias de resolução de problemas e capacidade de lidar com mudanças¹.

A desestabilização, no que lhe concerne, se refere a processos desencadeadores de doenças em determinado momento da vida, induzida pelo tipo de agente provocador, circunstâncias socioambientais e pelo aparecimento de comorbidades. Eventos de ameaça, por exemplo, costumam ser seguidos por sintomas de ansiedade, enquanto eventos de perda, por sintomas de depressão. A adversidade social propicia eventos incitadores, e está relacionada diretamente ao risco de depressão, isto é, quanto maior a adversidade, maior o risco e, além disso, maior o retardo da recuperação¹.

Os eventos desencadeadores vão depender da percepção de cada um sobre o fato ocorrido, e geralmente estão ligados a sentimentos de humilhação ou de sentir-se sem saída. Esses sentimentos podem ter diversas causas: a humilhação está normalmente associada a perda de um vínculo importante ou a ver-se em situações nas quais sente-se diminuído perante a comunidade; já "sentir-se sem saída" se dá a partir de uma sensação de impotência perante a situações vividas como punitivas³⁴.

A restituição diz respeito aos determinantes da duração da doença, podendo ser divididos em quatro grupos: químico, neurótico, social e mudanças no ambiente. A restituição química se dá quando é utilizado para fins de tratamento um medicamento ou substância química; a neurótica refere-se a estratégias intrapsíquicas ou comportamentais para reduzir a excitação relacionada à culpa ou à ansiedade; a social é acelerada pelo apoio social, em um ambiente seguro com pessoas atenciosas e amigáveis; e mudanças no ambiente são a diminuição das dificuldades encontradas habitualmente e a tentativa de redução de novos eventos adversos¹.

O estresse elevado que circunda os estudantes da graduação de medicina faz com que eles estejam propensos a desenvolver desordens psíquicas, incluindo TMM, devido a fatores intrínsecos e extrínsecos ao curso⁵, que podem ser fatores de vulnerabilidade e/ou mecanismos de desestabilização. O estresse pôde ser mensurado entre estudantes da Arábia Saudita, através de uma escala de estresse que mostrou que 17,9% dos estudantes analisados tiveram escore de leve a moderado, e 12,7% de severo a extremamente severo. Em São Paulo, estudo que buscou desenvolver a origem do estresse nesse universo em entrevistas conduzidas com os discentes, 85% apontaram a alta carga de estudo como principal motivo desse sentimento³⁸. Entre os estudantes do Distrito Federal, 71,3% se enquadram em alguma fase de estresse³⁹. Esse valor é corroborado por um estudo realizado entre estudantes do UniCEUB, em 2016, onde 64,87% se enquadram em alguma fase de estresse, sendo 9% nas categorias de estresse severo ou extremamente severo⁴⁰.

Em relação a outros fatores de risco para TMM, encontram-se também o uso abusivo de substâncias, os hábitos alimentares, a inatividade física, e o sono. Portanto, é necessário conhecer como esses fatores se combinam na incidência dos sinais psicopatológicos²³.

Um levantamento entre estudantes da Etiópia, revelou que estudantes que bebem álcool pelo menos 1 vez por mês têm 2,7 vezes mais probabilidade de desenvolver TMM, do que estudantes que nunca bebem²³. Uma metanálise realizada entre estudantes de medicina

no Brasil mostra que o uso problemático do álcool era de 32,9% nesta parcela da população²⁴. Uma pesquisa, realizada em 2019 entre os próprios alunos de medicina do UniCEUB, expôs que o consumo de álcool nos últimos 30 dias foi de 69,22%, níveis elevados quando comparados aos seus pares de outra universidade. Esses altos níveis sugerem estarem relacionados com um mecanismo de fuga do sofrimento psicológico e uma tentativa de maximizar o prazer, indicando habilidades emocionais fragilizadas - pouca resiliência - para lidar com a dor e sofrimento, o que é preocupante nessa população, visto que ela terá que lidar com essa temática por toda sua formação e, provavelmente, futura profissão⁴¹.

Uma boa alimentação e atividade física frequente trazem inúmeros benefícios em vários aspectos da saúde, inclusive para a saúde mental. Contudo, mesmo sabendo de suas vantagens, os discentes de medicina relatam não terem tempo para se cuidarem nesse aspecto^{26,39}. No tocante aos hábitos alimentares, uma meta-análise realizada entre estudantes de medicina brasileiros demonstrou que a prevalência de compulsão alimentar era de 10,9%, onde 10,0% apresentou algum distúrbio do padrão alimentar²⁴. Um estudo entre alunos da UniEVANGÉLICA revelou que 19,1% dos estudantes analisados possuem alimentação "Inadequada"²⁷. Em relação à atividade física entre discentes de medicina, um estudo conduzido na Universidade de Nottingham, na Inglaterra, constatou que 11% dos seus universitários apresentam baixo índice de atividade física²⁶. Já no contexto nacional, 14,3% do corpo discente UniEVANGÉLICA são sedentários²⁷.

O sono desses estudantes é comumente afetado, sendo um dos principais fatores associados a TMM⁴². O alto rendimento demandado pela graduação de medicina gera forte pressão e estresse, reduzindo a qualidade e a quantidade de sono, ao levar os estudantes a ficarem acordados por mais tempo a fim de atender às exigências acadêmicas. O resultado é uma alteração do ciclo do sono, insônia e sonolência diurna, comprometimento do desempenho acadêmico e desgaste físico e psíquico⁴. Em uma revisão sistemática, 4 estudos sobre transtornos mentais em estudantes de medicina no Brasil foram analisados e foi encontrada uma prevalência de baixa qualidade de sono em 51% dos alunos e de sonolência excessiva diurna em 46,1%²⁴. Outro estudo corrobora com esses valores e adiciona que 28,2% dessa população apresenta insônia, além de evidenciar que a prevalência de má qualidade de sono entre estudantes de medicina brasileiros é similar aos seus pares de outros países³⁰. Entre os alunos de medicina do UniCEUB, 59,2% negam ter um bom padrão de sono³⁹.

Apesar de não terem estabelecido uma relação significativa entre um pior desempenho acadêmico e os transtornos mentais menores a curto prazo, como é o caso dos estudantes²³, já se sabe que a longo prazo esses transtornos são uma considerável causa de aposentadoria por invalidez. Desse modo, medidas de prevenção provavelmente preveniriam os prejuízos de funcionamento e aposentadoria por invalidez, conseqüentemente, prolongando as carreiras profissionais⁴³.

Portanto, ao estimar a prevalência de TMM em estudantes de Medicina no Centro Universitário de Brasília, além de correlacionar vulnerabilidades sociodemográficas e acadêmicas que podem influenciar e ser determinantes para esses transtornos, a importância e contribuição deste estudo se dá pelo fato de que, com os dados obtidos por meio da avaliação desse grupo de estudantes, haverá maior possibilidade de compreensão e planejamento de estratégias de prevenção de doenças mentais nessa população, tendo em vista a vulnerabilidade a qual está exposta.

MÉTODO

1) Desenho do Estudo e Delineamento Amostral

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e de corte transversal, desenvolvido com 170 universitários de uma universidade de natureza privada, localizada em Brasília – DF. Neste estudo, buscou-se elaborar um modelo preditivo que pudesse ser representativo da população investigada, admitindo-se o erro amostral de 5% e o nível de confiança estabelecido em 95%, considerando a distribuição heterogênea da população estudada. Para esta coorte, utilizou-se uma amostra cujo arrolamento obedeceu a técnica de amostragem aleatória simples, e quanto a análise de dados, utilizou-se a regressão logística a fim de se produzir, a partir de um conjunto de observações, um modelo que permita a predição de comportamentos presentes em níveis sintomatológicos dos transtornos mentais menores que não se enquadram em condições clínicas de depressão e ansiedade, mas que partilham um quadro clínico comum de suas comorbidades.

2) Local de Pesquisa, Descrição dos Participantes e Elegibilidade no Estudo

A coleta de dados ocorreu na Faculdade de Ciências da Educação e Saúde da referida instituição de ensino. Participaram do estudo, universitários regularmente matriculados na graduação em Medicina. Os critérios de elegibilidade para participação obedeceram aos seguintes itens: 1 – ter identidade de gênero feminina ou masculina; 2 – ter idade entre 18 e 38 anos; e 3 – cursar os ciclos básico, clínico ou de internato.

3) Instrumentos

Para estimar a prevalência de transtornos psicológicos e do comportamento foi utilizado o Brief Symptom Inventory – BSI⁴⁴. Trata-se de um inventário de autorrelato, possuindo 53 itens organizados em 9 dimensões da sintomatologia, que dizem respeito ao funcionamento cognitivo, emocional e social para refletir os padrões de sintomas psicológicos em pacientes gerais e psiquiátricos.

As 9 dimensões são: Somatização - reflete o distresse causado pelas sensações de alterações do funcionamento corporal, que se traduz em queixas cardiovasculares, gastrintestinais, respiratórias e musculares; Obsessão-Compulsão - inclui pensamentos, impulsos e ações contínuos, irresistíveis e indesejados vividos pelo indivíduo; Sensibilidade Interpessoal - reúne as sensações de inadequação e inferioridade pessoal; Depressão - sintomas que consistem em alterações de afeto e humor disfórico, como falta de motivação e

desinteresse pela vida; Ansiedade - sinais gerais como nervosismo e tensão, assim como ataques de pânico e sensações de terror e preocupação; Hostilidade - compreende pensamentos, sensações e/ou ações que caracterizam o estado de afeto negativo de raiva na interação indivíduo-ambiente; Ansiedade Fóbica - define-se por medo persistente, irracional e desproporcional à estimulação ambiental, provocando comportamentos de fuga e/ou evitação; Ideação Paranóide - definida como uma maneira de pensar desordenada; estão presentes sinais de pensamento projetivo, hostilidade, desconfiança, grandiosidade, centralidade, medo de perda de autonomia e delírios; Psicoticismo - representa uma dimensão contínua da expressividade do comportamento humano restrita, que indica um estilo de vida de afastamento e embotamento afetivo onde o grau de psicoticismo irá refletir o nível de vulnerabilidade a comportamentos impulsivos, agressivos e de baixa empatia.

Cada item do BSI é classificado numa escala de distresse de cinco pontos (0 a 4), podendo ser utilizado para tomada de decisão em diferentes contextos que tenham como necessidade conhecer o estado psicológico dos respondentes, monitorar o progresso de intervenções clínicas e as mudanças que o tratamento causa nos comportamentos e sintomas psicológicos dos pacientes. A escolha desse instrumento esteve pautada na abrangência internacional e no padrão-ouro acerca da utilização para se aferir os construtos, considerando suas propriedades psicométricas satisfatórias em diferentes amostras e sua praticabilidade, uma vez que é um instrumento curto e de fácil compreensão.

Para a interpretação do BSI, além das nove dimensões, são utilizados utilizar também 3 índices de gravidade: o Índice de Gravidade Global (GSI), que combina informações sobre números de sintomas e intensidade do distresse e, por ser o indicador mais sensível do nível de distresse do respondente, foi o índice mais utilizado neste estudo; o Total de Sintomas Positivos (PST), que revela o número de sintomas que o paciente relata vivenciar; e o Índice de Sintomas Positivos de Distresse (PSDI), que é uma medida que oferece informações sobre o nível médio de distresse das experiências dos respondentes.

A partir do escore GSI, que reúne os pontos brutos das nove dimensões de sintomas, dividiu-se o Índice de Gravidade Global em: mínimo (0-52 pontos); leve (53-105 pontos); moderado (106-158 pontos); e grave (159-212 pontos). Dessa forma, considera-se os casos suspeitos de TMM a partir de um escore de 53 pontos, sendo esses divididos em casos de sintomatologia leves, moderadas e graves.

Além do BSI, foi criada uma plataforma de coleta de dados, intitulada: “*Inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco e prevalência de transtornos psicológicos e do comportamento entre universitários*”(Apêndice A), sendo este um questionário estruturado de variáveis sobre: informações e indicadores socioeconômicos; educação, hábitos de estudo e aprendizagem; vivências acadêmicas e atividades curriculares sob supervisão nos estágios curriculares obrigatórios; informações sobre saúde, doença e hábitos de autocuidado; informações sobre família, amigos e rede social; e informações sobre acessos a atividades de cultura, diversão e lazer.

4) Análises utilizadas

4.1) Correlograma e Coeficiente de Contingência V de Cramer

A fim de avaliar as interações entre os Fatores de risco e as dimensões de Transtornos Mentais Menores (adicionado o Índice de Gravidade Global IGG), criou-se um correlograma, usando o coeficiente V de Cramer, que avalia o grau de associação entre duas variáveis qualitativas.

O coeficiente de contingência V de Cramer é um coeficiente utilizado para relacionar variáveis qualitativas nominais e/ou ordinais. Este coeficiente assume valores entre 0 e 1. O valor 0 corresponde à ausência de associação entre as variáveis, valores próximos de zero correspondem a fraca associação e valores mais próximos de 1 correspondem a associação mais forte. Este coeficiente utiliza a estatística Qui-Quadrado para seu cálculo. É calculado da seguinte forma:

$$V = \sqrt{\frac{X^2}{n(k-1)}}$$

Com:

- X^2 = valor da estatística Qui-Quadrado
- n = tamanho da amostra
- $k = \min (|I|, |J|)$, ou seja, o mínimo entre o número de linhas e colunas

4.2) Teste Qui-quadrado de Independência

Esse teste teve como objetivo verificar se existe associação entre duas variáveis, sendo mais recomendado para variáveis qualitativas (principalmente nominais). O princípio básico deste método é comparar proporções, ou seja, as possíveis divergências entre as frequências

observadas e esperadas para um certo evento. Para esse teste, as hipóteses podem ser escritas como:

$$\begin{cases} H_0: \text{A variável X é independente da variável Y} \\ H_1: \text{A variável X depende da variável Y} \end{cases}$$

Este teste é baseado no cálculo dos valores esperados. Os valores esperados são os valores que seriam observados caso a hipótese nula fosse verdadeira:

$$e_{ij} = \frac{(\text{total da linha } i) \times (\text{total da coluna } j)}{\text{total geral}}$$

Para isso, utiliza-se a seguinte estatística:

$$X_v^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

Em que:

- e_{ij} = valor esperado na i -ésima linha e na j -ésima coluna
- o_{ij} = valor observado na i -ésima linha e na j -ésima coluna
- $v = (r - 1)(s - 1)$ representa o número de graus de liberdade
- r = número total de linhas
- s = número total de colunas

Então, sob a hipótese de H_0 ser verdadeira, a estatística do teste seguirá a distribuição X_v^2 .

Para que a aproximação Qui-Quadrado seja satisfatória, é preciso que a amostra seja relativamente grande, com todos os valores esperados maiores ou iguais a 5 ou no máximo 20% deles seja menor que 5 com todos maiores que 1. Caso isso não ocorra, utiliza-se a correção de *Yates*.

4.3) Análise de Regressão Linear

No projeto, foi utilizado o *Software Rstudio*, versão 4.0.0., para a realização da Análise de Regressão Linear Múltipla (com várias variáveis explicativas), seguindo o passo a passo explicado a seguir.

Primeiro, foram feitas variáveis *dummy*, para representar as categorias dentro das próprias variáveis dentro da regressão. Para identificar a quantidade ideal de variáveis explicativas que seriam utilizadas no modelo, dentre os 47 fatores de risco analisados, utilizou-se os coeficientes R quadrado, R quadrado ajustado, Critério de Informação Bayesiano (BIC) e C_p de *Mallows*.

Para entender quais seriam essas variáveis mais adequadas ao modelo, foi feita a seleção usando os métodos automáticos *forward*, *backward* e *stepwise* e também analisando-se os valores dos coeficientes analisados anteriormente. Após a seleção dos métodos, seleção dos critérios para as variáveis e verificação dos pressupostos pelos testes de *Shapiro-Wilk*, *Durbin-Watson* e *Breusch-Pagan* (normalidade, independência e homocedasticidade dos modelos, respectivamente), o modelo *Backward* foi escolhido por ser o único a atender todos os pressupostos.

A partir do modelo escolhido, calculou-se os coeficientes das variáveis explicativas para o GSI e o intercepto do modelo. O modelo escolhido como mais adequado para analisar a influência dos fatores de risco no Índice de Gravidade Global possui coeficiente de determinação igual a 0,492, o que indica que o modelo explica 49,2% da variação do Índice de Gravidade Global. Por fim, para confirmar se o modelo, possui, de fato, validade preditiva para o Índice de Gravidade Global, foi feito o teste de ausência de regressão, e confirmada que existe regressão.

5) Procedimentos e Aspectos Éticos do Estudo

No protocolo de pesquisa, foram realizadas etapas de validação de aparência da plataforma de coleta de dados e pré-teste dos instrumentos de rastreamento psicológico, como também um estudo piloto do protocolo utilizado.

Os participantes preencheram os instrumentos online, conforme as instruções dos inventários e escalas utilizados. Antes da aplicação dos instrumentos, os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e também sobre os preceitos éticos seguidos conforme a resolução nº 446/2011 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, assim como o aspecto voluntário da participação. Os questionários foram identificados somente com um código numérico para organização do banco de dados, mas que não identificaram os participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário de Brasília conforme parecer consubstanciado nº 4314419, além de participarem apenas universitários que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1) Perfil dos acadêmicos de medicina

1.1) Identificação da amostra

A amostra foi composta por 73,53% (n=125) participantes do sexo feminino e 26,47% (n=45) masculino. Sobre faixa etária, 85,29% (n=145) têm entre 18 e 24 anos, 11,76% (n=20) têm entre 25 e 30 anos, 2,94% (n=5) têm mais de 30 anos de idade. Em relação aos eixos de educação na graduação em Medicina, 35,29% (n=60) estão no ciclo básico, 44,12% (n=75) no clínico e 20,59% (n=35) no internato.

1.2) Hábitos de vida

Em relação à hábitos de vida: Qualidade do Sono - apenas 10,6% (n = 18) a classificaram como excelente, 41,8% (n = 71) como boa, 31,8% (n =54) como mediana, 15,3% (n = 26) como ruim e 0,6% (n = 1) como péssima. Esses resultados vão de acordo com pesquisas anteriores, uma a qual leva em consideração estudantes do curso de medicina do Centro Universitário de Brasília, que 42% disseram dormir menos de 6 horas por dia e 59,2% negaram ter um bom padrão de sono^{24,39}.

Em Qualidade de Dieta - 13,5% (n = 23) à classificaram como excelente, 42,4% (n = 72) como boa, 22,4% (n = 38) como mediana e 7,1% (n=12) como péssima. Em estudo anterior com estudantes de medicina do UniCEUB, 56% referem a falta de tempo para alimentação adequada como um dos principais fatores estressores dentro de sua rotina³⁹.

1.3) Uso de Substâncias

No que diz respeito ao uso de substâncias, em Consumo de Tabaco - 72,9% (n = 124) responderam que não fumam, 18,8% (n = 32) responderam que fumam esporadicamente, 5,3% (n = 9) responderam que fumam semanalmente, 2,4% (n = 4) responderam que fumam diariamente e 0,6% (n = 1) respondeu que fuma uma vez ao mês. Em estudo anterior com alunos de Medicina do UniCEUB, o uso de produtos de tabaco ao longo da vida foi de 39,87% e nos últimos 30 dias 23,02%, sendo então um uso ao longo da vida menor que a média nacional (46,7%) e que permanece assim até o presente estudo⁴¹.

Em Consumo de Álcool - 33,5% (n = 57) responderam que bebem semanalmente, 27,6% (n = 47) responderam que bebem esporadicamente, 17,6% (n = 30) responderam que bebem a cada quinze dias, 5,3% (n = 9) responderam que bebem uma vez ao mês, 1,2% (n = 2) responderam que bebem diariamente e 14,7% (n = 25) responderam que não bebem. O estudo anterior revela que o consumo alcoólico foi maior do que a média nacional dentre a

amostra estudada, sendo que o uso nos últimos 30 dias foi de 69,22% e o uso na vida foi de 92,45%, o que indica que até o momento da atual pesquisa há ainda um consumo elevado dentro dessa população^{24,41}.

Por fim, sobre o Consumo de Drogas Ilícitas - 70,6% (n = 120) responderam que não usam, 21,8% (n = 37) usam esporadicamente, 3,5% (n=6) usam a cada quinze dias, 2,4% (n=4) usam semanalmente, 1,2% (n=2) usa uma vez ao mês e 0,6% (n=1) usa diariamente.

1.4) Atividades de Lazer

Respondendo sobre atividades de lazer: Frequência de Atividade de Diversão - 35,3% dos participantes responderam que realizam essas atividades de 2 a 3 vezes na semana (n = 60), 24,7% (n = 42) durante toda a semana, 24,7% (n = 43) pelo menos uma vez na semana, 10% (n=17) somente em feriados, 2,9% (n=5) a cada 15 dias e 2,4% (n=4) mensalmente. A respeito de Percepção de Qualidade no acesso à cultura - 65,3% (n = 111) dos participantes responderam que sim, e 35,7% (n = 59), que não.

Sabe-se que o lazer é um importante fator protetor na saúde mental de estudantes universitários, contudo, em pesquisa prévia, referem que a falta de tempo para lazer é um dos principais fatores estressores, demonstrando a necessidade de melhor gerenciamento de tempo e incentivo da faculdade em atividades extracurriculares^{4,39}.

1.5) Relações Sociais e Familiares

Sobre relações sociais: Tamanho da Rede Social - 54,7% (n = 93) responderam que têm uma quantidade normal para uma pessoa, 25,3% (n = 43) considera que têm muitos amigos e 20% (n = 34), poucos amigos.

Em relação a Proximidade Afetiva Com o Núcleo familiar - 53,5% (n = 91) consideram-se muito próximos aos seus familiares, 37,1% (n = 63) consideram-se que têm proximidade normal com seus familiares, 7,6% (n = 13) consideram-se pouco próximos e 1,8% (n = 3) responderam que não existe proximidade.

1.6) Apoio Profissional e Terapia Medicamentosa

Já sobre apoio profissional e terapia medicamentosa: Acesso à Psicoterapia - 72,4% (n = 123) responderam que têm acesso, e 27,6% (n = 47) responderam que não.

No que se refere a Tratamento em Terapia Medicamentosa - 71,2% (n = 121) responderam que não realizam, enquanto 28,8% (n = 49), que sim.

1.7) Apoio Institucional

Sobre a Percepção de Apoio Institucional ao Processo Formativo - 80,6% (n = 137) respondeu que não, 19,4% (n = 33) respondeu que sim; Percepção de Psicoeducação em Saúde Mental Pela Instituição de Ensino - 74,1% (n = 126) respondeu que não e 25,9% (n = 44) que sim.

2) Perfil de saúde mental dos acadêmicos de medicina

A pesquisa contou com 170 participantes, destes, 51,2% (n=87) classificam-se como casos suspeitos de TMM, pois apresentam GSI de leve a grave (eGSI acima de 53). Esse valor se mostra acima dos resultados de outras pesquisas em populações acadêmicas brasileiras, que têm como prevalência de TMM entre 31,5 a 40%^{3-5, 24,33}. Parte disso pode estar relacionado ao tipo de teste utilizado, ao número de participantes da pesquisa ou a um viés da amostra obtida, contudo, não se pode deixar de considerar que a prevalência realmente esteja mais elevada do que os demais estudos.

Dentre os casos suspeitos, 42,9% (n=73) são casos com sintomatologia leve, 6,5% (n=11) com moderada e 1,8% (n=3), grave. A Tabela 1 abaixo mostra a distribuição do GSI pelo perfil dos acadêmicos

			ÍNDICE DE GRAVIDADE GLOBAL					
			LEVE		MODERADA		GRAVE	
			N	%	N	%	N	%
IDENTIDADE DE GÊNERO	FEMININA	64	84,21%	9	11,84%	3	3,95%	
	MASCULINA	9	81,82%	2	18,18%	0	0,00%	
FAIXA ETÁRIA	18-24 ANOS	65	84,42%	9	11,69%	3	3,90%	
	25-30 ANOS	6	75,00%	2	25,00%	0	0,00%	
	31-38 ANOS	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	
CICLO DO PROCESSO FORMATIVO	BÁSICO (DO 1° AO 4° SEMESTRE)	29	82,86%	3	8,57%	3	8,57%	
	CLÍNICO (DO 5° AO 8° SEMESTRE)	34	82,93%	7	17,07%	0	0,00%	

	INTERNATO (9° AO 10° SEMESTRE)	10	90,91%	1	9,09%	0	0,00%
QUALIDADE DO SONO	BOM	22	84,62%	4	15,38%	0	0,00%
	EXCELENTE	8	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
	MEDIANO	32	88,89%	4	11,11%	0	0,00%
	PÉSSIMO	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
	RUIM	11	68,75%	2	12,50%	3	18,75%
QUALIDADE DE DIETA	BOA	29	82,86%	4	11,43%	2	5,71%
	EXCELENTE	9	90,00%	1	10,00%	0	0,00%
	MEDIANA	14	82,35%	3	17,65%	0	0,00%
	PÉSSIMA	7	77,78%	1	11,11%	1	11,11%
	RUIM	14	87,50%	2	12,50%	0	0,00%
FREQUÊNCIA DE ATIVIDADE DE DIVERSÃO, CULTURA E LAZER	DE 2 A 3 VEZES NA SEMANA	26	83,87%	3	9,68%	2	6,45%
	DURANTE TODA A SEMANA	11	84,62%	2	15,38%	0	0,00%
	MENSAL	3	75,00%	1	25,00%	0	0,00%
	PELO MENOS UMA VEZ NA SEMANA	21	91,30%	2	8,70%	0	0,00%
	QUINZENAL	3	75,00%	1	25,00%	0	0,00%
	SOMENTE EM FERIADOS E/OU NOS FINAIS DE SEMANA	9	75,00%	2	16,67%	1	8,33%

PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DO ACESSO CULTURAL	NÃO	28	77,78%	7	19,44%	1	2,78%
	SIM	45	88,24%	4	7,84%	2	3,92%
TAMANHO DA REDE SOCIAL	MUITOS AMIGOS	12	92,31%	0	0,00%	1	7,69%
	POUCOS AMIGOS	16	69,57%	7	30,43%	0	0,00%
	QUANTIDADE NORMAL PARA UMA PESSOA	45	88,24%	4	7,84%	2	3,92%
PROXIMIDADE AFETIVA COM O NÚCLEO FAMILIAR	MUITO PRÓXIMA	35	85,37%	5	12,20%	1	2,44%
	NÃO EXISTE PROXIMIDADE AFETIVA	2	66,67%	1	33,33%	0	0,00%
	POUCO PRÓXIMA	7	77,78%	2	22,22%	0	0,00%
	PROXIMIDADE NORMAL	29	85,29%	3	8,82%	2	5,88%
ACESSO À PSICOTERAPIA	NÃO	21	72,41%	7	24,14%	1	3,45%
	SIM	52	89,66%	4	6,90%	2	3,45%
PERCEPÇÃO DE APOIO INSTITUCIONAL DO PROCESSO FORMATIVO	NÃO	60	82,19%	10	13,70%	3	4,11%
	SIM	13	92,86%	1	7,14%	0	0,00%
PERCEPÇÃO DE PSICOEDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO	NÃO	52	81,25%	10	15,63%	2	3,13%
	SIM	21	91,30%	1	4,35%	1	4,35%
TRATAMENTO EM TERAPIA MEDICAMENTOSA	NÃO	44	89,80%	5	10,20%	0	0,00%
	SIM	29	76,32%	6	15,79%	3	7,89%
CONSUMO DE TABACO	FUMO DIARIAMENTE	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%

		FUMO ESPORADICAMENTE	13	72,22%	4	22,22%	1	5,56%
		FUMO SEMANALMENTE	5	71,43%	2	28,57%	0	0,00%
		FUMO UMA VEZ AO MÊS	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
		NÃO FUMO	54	90,00%	4	6,67%	2	3,33%
CONSUMO DE ÁLCOOL		BEBO A CADA QUINZE DIAS	11	78,57%	3	21,43%	0	0,00%
		BEBO DIARIAMENTE	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
		BEBO ESPORADICAMENTE	21	87,50%	3	12,50%	0	0,00%
		BEBO SEMANALMENTE	25	75,76%	5	15,15%	3	9,09%
		BEBO UMA VEZ AO MÊS	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
		NÃO BEBO	13	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS		NÃO USO	53	89,83%	5	8,47%	1	1,69%
		USO A CADA QUINZE DIAS	3	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
		USO DIARIAMENTE	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
		USO ESPORADICAMENTE	13	68,42%	4	21,05%	2	10,53%
		USO SEMANALMENTE	3	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
		USO UMA VEZ AO MÊS	1	50,00%	1	50,00%	0	0,00%
CENÁRIO CLÍNICO PSIQUIÁTRICO		NUNCA TEVE PROBLEMAS	22	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
		TEM PROBLEMAS ATUALMENTE	36	75,00%	9	18,75%	3	6,25%

		TEVE PROBLEMAS, ATUALMENTE NÃO TEM	15	88,24%	2	11,76%	0	0,00%
TIPO DE ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL		AMBOS	20	83,33%	4	16,67%	0	0,00%
		NÃO POSSUI	29	87,88%	4	12,12%	0	0,00%
		PSICOLÓGICO	18	85,71%	1	4,76%	2	9,52%
		PSIQUIÁTRICO	6	66,67%	2	22,22%	1	11,11%
FREQUÊNCIA DE ATIVIDADES FÍSICAS		MINHA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO É REGULAR	16	80,00%	3	15,00%	1	5,00%
		NÃO PRATICO NENHUM TIPO DE EXERCÍCIO FÍSICO	17	77,27%	5	22,73%	0	0,00%
		PELO MENOS 1 VEZ NA SEMANA	9	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
		PELO MENOS 2 VEZES NA SEMANA	19	90,48%	0	0,00%	2	9,52%
		PELO MENOS 3 VEZES NA SEMANA	12	80,00%	3	20,00%	0	0,00%

Tabela 1: Índice de Gravidade Global pelo perfil dos acadêmicos de medicina suspeitos de TMM

2.1) Nove dimensões do Inventário Breve de Sintomas (BSI)

Ao se investigar o funcionamento cognitivo, emocional e social da amostra participante do estudo, com a utilização do instrumento de testagem e avaliação psicológica BSI, foi evidenciado que: 21,18% (n=36) possuem traço de somatização; 13,56% (n=23) têm comportamento obsessivo-compulsivo; 43,53% (n=74) estão com sensibilidade interpessoal; 21,18% (n=36) possuem sintomas relativos à depressão e 39,41% (n=67) de ansiedade; 9,41% (n=16) têm comportamento hostil; 10,59% (n=18) estão num nível de ansiedade fóbica; 6,47% (n=11) em ideação paranóide e 34,12% (n=58) com alto índice de psicoticismo.

Decidiu-se por separar as respostas masculinas e femininas, que tiveram um número de amostras bem diferente, realizando, então, o cálculo da média e desvio padrão dos valores brutos, conforme Inventário Breve de Sintomas (BSI): Manual de aplicação e correção⁴⁴.

Através dos resultados obtidos, mostrados na Tabela 2, abaixo, pode-se perceber que os respondentes do gênero feminino têm tendência maior a apresentarem casos suspeitos de TMM, com a média acima do corte para GSI Leve (53), e também maior desvio padrão que os respondentes do gênero masculino. Além disso, é possível identificar que todas as dimensões de sintomatologia das 125 mulheres que responderam apresentam médias e desvios padrão dos escores brutos com valores maiores que as dimensões dos 45 homens. Resultado que corrobora com estudos anteriores nos quais as mulheres também apresentam maior incidência de sofrimento mental, de modo que a probabilidade de uma estudante de medicina mulher ter TMM é 4 vezes maior do que um estudante homem. A explicação é multifatorial, incluindo aspectos sócio-culturais e desigualdade de gênero, nos quais o ambiente educacional possui relevante impacto no bem-estar estudantil^{5,18,31,40}.

Os outros índices globais, PSDI e o PST mostraram comportamento semelhante ao observado para o GSI, o que torna os resultados ainda mais fidedignos.

Deve-se levar em consideração que, para a amostra estudada, o número de respostas com ordem de grandeza diferente para cada gênero pode mostrar um viés nas respostas masculinas, já que é possível ter havido a consideração apenas de um grupo muito homogêneo de respondentes.

Dimensões de sintomas	Mulheres (N = 125)		Homens (N = 45)		Total (N = 170)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Somatização	0,79	0,908	0,336	0,505	0,67	0,844
Comportamento Obsessivo	10,616	5,616	7,266	5,127	9,729	5,673
Sensibilidade Interpessoal	6,072	4,097	3,777	3,246	6,464	4,012
Depressão	8,032	5,783	5,688	4,925	7,411	5,651
Ansiedade	8,736	5,332	4,333	4,05	7,57	5,378
Hostilidade	5,584	4,01	3,666	3,067	5,076	3,869
Ansiedade Fóbica	3,328	3,541	1,333	1,846	2,8	3,297
Ideação Paranóide	5,624	4,106	3,844	2,992	5,152	3,914
Psicoticismo	5,904	3,935	3,266	3,427	5,205	3,973
Índices globais						

Índice de Gravidade Global	63,41 6	35,137	38,06 6	28,136	56,70 5	35,182
PSDI	1,837	0,558	1,524	0,43	1,754	0,544
PST	32,18 4	11,097	22,84 4	12,15	29,71 1	12,077

Tabela 2. Médias e desvios-padrão de acordo com sexo da amostra.

2.2) Correlograma

Para avaliar as interações entre os fatores de risco e as dimensões de Transtornos Mentais Menores (adicionado o Índice de Gravidade Global), utilizou-se o coeficiente V de Cramer. Este indicador limita-se entre 0 e 1, sendo 0 a ausência de associação entre as variáveis e 1 a associação perfeita.

Conforme apresentado na Figura 1, as variáveis do eixo horizontal apresentam as dimensões de Transtornos Mentais Menores enquanto no eixo vertical os fatores de riscos. Nota-se inicialmente que a maioria das associações entre as variáveis são fracas, entre 0,2 e 0,3, representadas pelas cores mais claras. Além disso, nota-se que a percepção de psicoeducação em saúde mental pela instituição de ensino possui grau de associação quase nulo na maioria das dimensões de TMM.

Os valores com maior associação - apresentados por cores avermelhadas - estão concentrados no fator de risco que avalia a utilização de tratamento em terapia medicamentosa, apresentando associação moderada para as dimensões Ansiedade, Comportamento Obsessivo Compulsivo e Depressão. As dimensões Psicoticismo e Sensibilidade interpessoal e o Índice de Gravidade Global apresentam um grau de associação menor, mas ainda se sobressaem do restante do correlograma.

Destaca-se também o grau de associação moderado de 0,496 entre o Consumo de Drogas Ilícitas e Somatização, sendo o maior grau de associação observado entre as variáveis. Portanto, para a melhor compreensão das interações entre as variáveis que apresentaram os maiores graus de associação na amostra, cabe o estudo por meio de testes de hipótese.

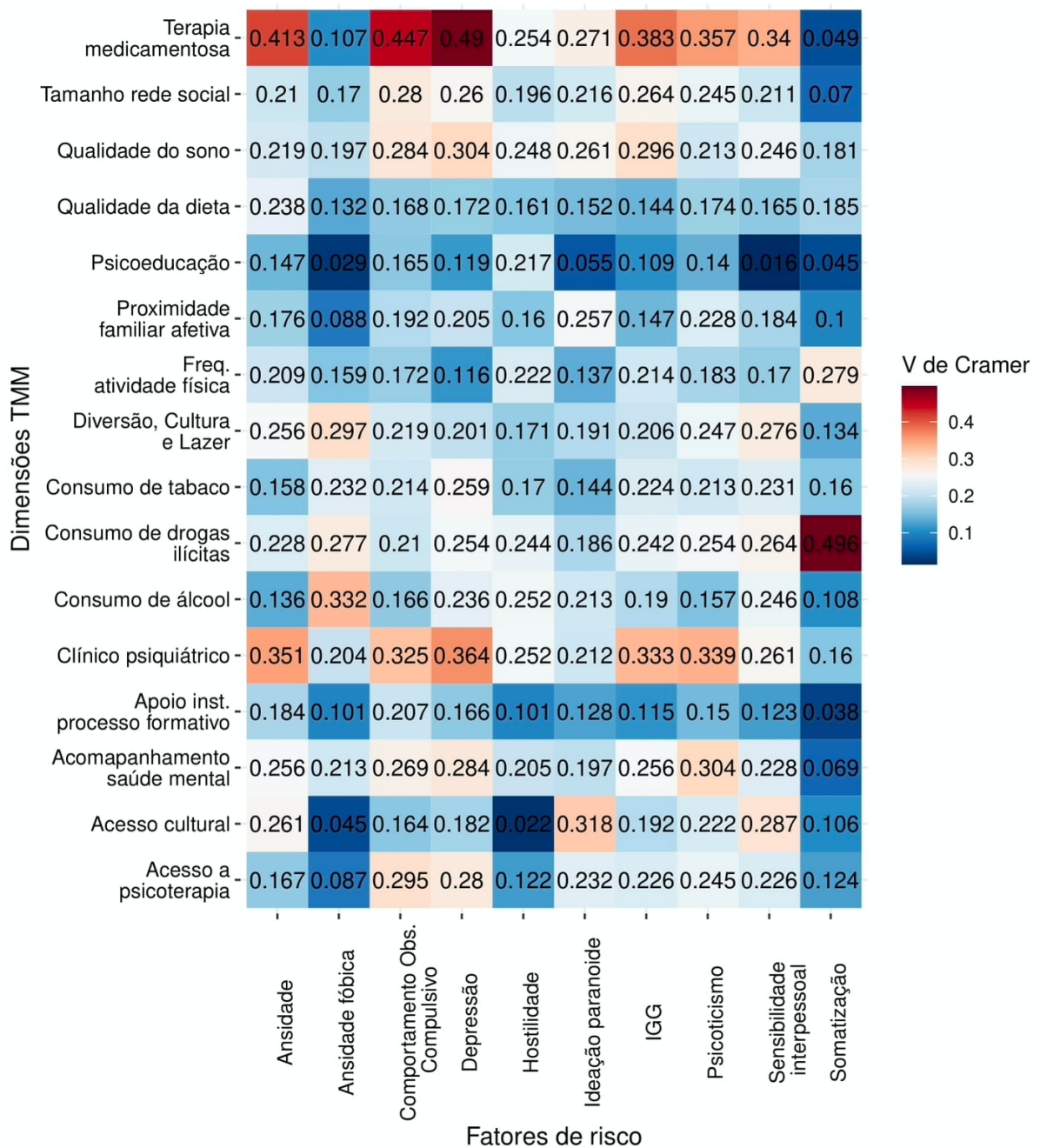


Figura 1. Correlograma dos Fatores de risco por Dimensões de Transtornos Mentais Menores

2.3) Testes de independência

2.3.1) Índice de Gravidade Global x Terapia medicamentosa

Verificando-se se há associação entre os níveis do Índice de Gravidade Global (mínima, leve, moderada e grave) e o tratamento em Terapia medicamentosa (sim ou não), usa-se o teste de independência Qui-quadrado considerando as seguintes hipóteses apresentadas abaixo:

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \text{As variáveis Índice de Gravidade Global e Tratamento em terapia medicamentosa} \\ \text{são independentes} \\ H_1: \text{As variáveis Índice de Gravidade Global e Tratamento em terapia medicamentosa} \\ \text{não são independentes} \end{array} \right.$$

Quadro 1: P-valor do teste de independência (Teste Qui-quadrado) entre as variáveis Índice de Gravidade Global e Terapia medicamentosa

Variáveis	Teste Qui-quadrado	Decisão do teste
IGG Terapia Medicamentosa	0,088	Não rejeita H_0

Por meio dos resultados expressos no Quadro 1, ao nível de significância de 5%, não rejeita H_0 . Dessa forma, não há evidências estatísticas de que o Índice de Gravidade Global e o Tratamento em Terapia Medicamentosa são dependentes.

2.3.2) Índice de Gravidade Global x Cenário clínico psiquiátrico

A fim de avaliar a relação entre Índice de Gravidade Global (leve, moderada e grave) e Cenário clínico psiquiátrico (nunca teve problemas, teve problemas, atualmente não tem e tem problemas atualmente), trabalha-se com as seguintes hipóteses para a avaliação do teste de independência:

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \text{As variáveis Índice de Gravidade Global e Cenário clínico psiquiátrico são} \\ \text{independentes} \\ H_1: \text{As variáveis Índice de Gravidade Global e Cenário clínico psiquiátrico não são} \\ \text{independentes} \end{array} \right.$$

Quadro 2: P-valor do teste de independência (Teste Qui-quadrado) entre as variáveis Índice de Gravidade Global e Cenário clínico psiquiátrico

Variáveis	Teste Qui-quadrado	Decisão do teste
IGG Cenário clínico psiquiátrico	0,098	Não rejeita H_0

Conforme apresenta o Quadro 2, a hipótese nula não é rejeitada ao nível de significância de 5%, dessa forma, não existem indícios de que as variáveis em questão são dependentes.

2.3.3) Ansiedade x Terapia medicamentosa

Para a avaliação dos níveis de Ansiedade (leve, moderada e grave) em relação ao tratamento ou não em terapia medicamentosa formula-se as seguintes hipóteses:

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \text{As variáveis Ansiedade e Tratamento em terapia medicamentosa são independentes} \\ H_1: \text{As variáveis Ansiedade e Tratamento em terapia medicamentosa não são independentes} \end{array} \right.$$

Quadro 3: P-valor do teste de independência (Teste Qui-quadrado) entre as variáveis Ansiedade e Tratamento em terapia medicamentosa

Variáveis	Teste Qui-quadrado	Decisão do teste
Ansiedade Terapia medicamentosa	<0,001	Rejeita H_0

Aplicando-se o teste de independência Qui-quadrado, obtêm-se os resultados apresentados no Quadro 3. Conforme o resultado do p-valor, rejeita-se a H_0 , logo há evidências de que as variáveis não são independentes.

2.3.4) Comportamento obsessivo compulsivo x Terapia medicamentosa

Quanto a avaliação do Comportamento obsessivo compulsivo (leve, moderada e grave) e do Tratamento em terapia medicamentosa (sim ou não), temos as seguintes hipóteses a serem testadas:

$$\begin{cases} H_0: \text{As variáveis Comportamento obsessivo compulsivo e Tratamento em terapia} \\ \text{medicamentosa são independentes} \\ H_1: \text{As variáveis Comportamento obsessivo compulsivo e Tratamento em terapia} \\ \text{medicamentosa não são independentes} \end{cases}$$

Quadro 4: P-valor do teste de independência (Teste Qui-quadrado) entre as variáveis Comportamento obsessivo compulsivo e Tratamento em terapia medicamentosa

Variáveis	Teste Qui-quadrado	Decisão do teste
Comportamento Obsessivo Compulsivo Terapia medicamentosa	<0,001	Rejeita H_0

Conforme o Quadro 4, rejeita-se H_0 para o nível de significância de 5%. Portanto, há indícios amostrais de que as variáveis Comportamento obsessivo compulsivo e o Tratamento em terapia medicamentosa não são independentes.

2.3.5) Depressão x Terapia medicamentosa

Para a avaliar a relação entre as variáveis Depressão (mínima, leve, moderada e grave) e Terapia medicamentosa (sim ou não), as seguintes hipóteses serão testadas:

$$\begin{cases} H_0: \text{As variáveis Depressão e Tratamento em terapia medicamentosa são independentes} \\ H_1: \text{As variáveis Depressão e Tratamento em terapia medicamentosa não são independentes} \end{cases}$$

Quadro 5: P-valor do teste de independência (Teste Qui-quadrado) entre as variáveis Depressão e Tratamento em terapia medicamentosa

Variáveis	Teste Qui-quadrado	Decisão do teste
-----------	--------------------	------------------

Depressão Terapia medicamentosa	<0,001	Rejeita H_0
------------------------------------	--------	---------------

Por meio do teste de independência Qui-quadrado, conclui-se que há evidências estatísticas para afirmar que as variáveis em questão não são independentes.

2.3.6) Teste de independência Índice de Gravidade Global x Qualidade do sono

Avaliando-se a relação entre as variáveis Índice de Gravidade Global (leve, moderada e grave) e Qualidade do sono (péssimo, ruim, mediano, bom e excelente) considera-se as seguintes hipóteses:

$$\begin{cases} H_0: \text{As variáveis Índice de gravidade global e Qualidade do sono são independentes} \\ H_1: \text{As variáveis Índice de gravidade global e Qualidade do sono não são independentes} \end{cases}$$

Quadro 6: P-valor do teste de independência (Teste Qui-quadrado) entre as variáveis Índice de Gravidade Global e Qualidade do sono.

Variáveis	Teste Qui-quadrado	Decisão do teste
IGG Qualidade do sono	0,004	Não rejeita H_0

Conforme o resultado do teste de independência Qui-quadrado apresentando no Quadro 6, há evidências amostrais de que as variáveis Índice de gravidade global e Qualidade do sono são dependentes.

2.3.7) Índice de gravidade Global x Consumo de drogas ilícitas

Avaliando-se a relação entre as variáveis Índice de gravidade Global (leve, moderada e grave) e Consumo de drogas ilícitas (não uso, uso esporadicamente, uso uma vez ao mês, uso a cada 15 dias, uso semanalmente e uso diariamente) considera-se as seguintes hipóteses:

$$\begin{cases} H_0: \text{As variáveis I. G. G. e Consumo de drogas ilícitas são independentes} \\ H_1: \text{As variáveis I. G. G. e Consumo de drogas ilícitas não são independentes} \end{cases}$$

Quadro 7: P-valor do teste de independência (Teste Qui-quadrado) entre as variáveis I.G.G. e Consumo de drogas ilícitas

Variáveis	Teste Qui-quadrado	Decisão do teste
IGG Consumo de Drogas Ilícitas	0,084	Não rejeita H_0

Conforme o resultado do teste de independência Qui-quadrado apresentando no Quadro 7, há evidências amostrais de que as variáveis I.G.G. e Consumo de drogas ilícitas são independentes.

2.4) Regressão linear

Com o objetivo de analisar quais fatores de risco tem maior influência sobre o Índice de Gravidade Global, foi ajustado um modelo que considera os fatores de risco como forma de explicá-lo.

Realizou-se a criação de variáveis indicadoras, para separar as variáveis explicativas qualitativas que tenham mais de 2 níveis. Por exemplo, a variável "Cenário Clínico Psiquiátrico" possui 3 níveis: "nunca teve problemas", "tem problemas atualmente" e "teve problemas, atualmente não tem". Assim, foram criadas duas variáveis para substituí-la, uma em que as observações classificadas como "nunca teve problemas" recebem valor 1 e as demais 0 e a outra em que as observações classificadas como "teve problemas, atualmente não tem" recebem valor 1 e as demais valor 0.

Dessa forma, a primeira variável mencionada mostraria a influência de observações que nunca tiveram problemas em comparação com quem tem problemas ou já teve, mas não tem mais.

O modelo utilizado para analisar a influência dos fatores de risco no Índice de Gravidade Global possui coeficiente de determinação igual a 0,492, o que indica que o modelo explica 49,2% da variação do Índice de Gravidade Global. Foram analisadas 47 variáveis e selecionadas as mais adequadas ao modelo e, seguindo o método exemplificado acima, foi encontrada a seguinte equação:

$$Y = 222,912 - 68,687 \text{ Sono 1} - 61,334 \text{ Sono 2} - 52,527 \text{ Sono 3} - 39,995 \text{ Sono 4} - 3,361 \text{ Dieta 4} - 22,598 \text{ Lazer 1} - 18,944 \text{ Lazer 2} - 21,837 \text{ Lazer 3} - 15,536 \text{ Lazer 4} + 9,368 \text{ Família 1} - 58,458 \text{ Álcool 1} - 55,224 \text{ Álcool 2} - 62,969 \text{ Álcool 3} - 47,616 \text{ Álcool 4} - 47,746 \text{ Álcool 5} - 22,936 \text{ Drogas 1} - 28,667 \text{ Drogas 2} - 36,777 \text{ Drogas 4} - 30,671 \text{ Cenário clínico psiquiátrico 1} - 19,615 \text{ Cenário clínico psiquiátrico 2} + 9,445 \text{ Tipo acompanhamento 1} + 18,707 \text{ Tipo acompanhamento 2} + \epsilon$$
, sendo que:

- $Y = 222,912$, sendo que Y corresponde ao Índice de Gravidade Global, que é o valor do intercepto da reta de regressão

- ϵ representa os resíduos;

Para facilitar a visualização dos resultados da regressão, as variáveis foram divididas conforme Tabela 3 abaixo.

Estatística	Valor	P - valor
Coeficiente de Determinação	0,492	-
Índice de Gravidade Global	222,912	<0,001
Sono 1 (excelente)	-68,687	0,018
Sono 2 (bom)	-61,334	0,031
Sono 3 (mediano)	-52,527	0,067
Sono 4 (ruim)	-39,995	0,161
Dieta 4 (ruim)	-3,361	0,597
Lazer 1 (durante toda a semana)	-22,598	0,004
Lazer 2 (de duas a três vezes na semana)	-18,944	0,010
Lazer 3 (pelo menos uma vez na semana)	-21,837	0,007
Lazer 4 (quinzenal)	-15,536	0,270
Família 1 (muito próxima)	-9,368	0,049
Álcool 1 (não bebo)	-58,458	0,011
Álcool 2 (bebo esporadicamente)	-55,224	0,016
Álcool 3 (bebo uma vez ao mês)	-62,969	0,010
Álcool 4 (bebo a cada quinze dias)	-47,616	0,036
Álcool 5 (bebo semanalmente)	-47,746	0,036
Drogas 1 (não uso)	-22,936	0,048
Drogas 2 (uso esporadicamente)	-28,667	0,014
Drogas 4 (uso a cada quinze dias)	-36,777	0,022

Cenário clínico psiquiátrico 1 (nunca teve problemas)	-30,671	<0,001
Cenário clínico psiquiátrico 2 (teve problemas, atualmente não tem)	-19,615	0,003
Tipo de acompanhamento 1 (ambos)	9,445	0,171
Tipo de acompanhamento 2	18,707	0,002

Tabela 3. Medidas relacionadas ao modelo ajustado

A variável Sono 1 (1 para “Excelente” e 0, caso contrário), indica que, quando uma pessoa tem sono excelente, o valor predito do escore do GSI terá decréscimo de 68,687 em comparação a quem não tem sono excelente, caso todas as outras variáveis permaneçam constantes. As outras respostas para a variável “Sono” (bom, mediano, ruim) influenciam menos no GSI, o que demonstra que o sono Excelente é fator protetor.

Observando-se os valores encontrados para a variável “Lazer”, pessoas que praticam atividades de lazer ao longo de toda a semana (Lazer 1) têm um valor de GSI menor do que as que praticam com menos frequência, mostrando que atividades de lazer também são fator protetor na saúde mental.

Em relação ao uso de substâncias: ao analisar a variável “álcool”, o menor valor de GSI encontrado foi para pessoas que bebem uma vez ao mês (álcool 3 = decréscimo de 62,969 no valor de GSI), e o maior, pessoas que bebem a cada 15 dias (álcool 4 = decréscimo de 47,616); sobre o uso de drogas ilícitas, o uso quinzenal de drogas representou o maior decréscimo no escore de GSI.

É interessante notar também que todos os coeficientes das demais variáveis têm valores negativos, exceto os coeficientes das variáveis Tipo acompanhamento 1 e Tipo acompanhamento 2, ou seja, indivíduos que tenham ambos os acompanhamentos psicológico e psiquiátrico possuem um acréscimo de 9,445 no GSI em comparação com os indivíduos que possuam apenas um desses ou não possuam acompanhamento, caso os demais fatores de risco do modelo permaneçam constantes. Já os indivíduos que possuem apenas acompanhamento psicológico têm seu índice aumentado em 18,707 em comparação com outros tipos de acompanhamento, considerando que todas as demais variáveis permaneçam constantes.

Por fim, para confirmar se o modelo, tem, de fato, validade preditiva para o GSI, será feito o teste de ausência de regressão:

Quadro 8: Teste de Ausência de Regressão para o modelo

Estatística F	P-valor
6,472	<0,001

Os resultados do Quadro 8 mostram que a hipótese nula de ausência de regressão foi rejeitada, ou seja, existe regressão para o modelo, indicando, novamente, que o modelo obtido é adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo pôde evidenciar a significativa importância em se investigar o bem-estar psicológico e constatar a vulnerabilidade em que se encontram os universitários da graduação em Medicina. De acordo com os resultados, a prevalência de transtornos mentais menores está acima da encontrada na população geral, além de revelar relevantes aspectos quando comparados com demais estudos, evidenciando ainda o gênero feminino como o mais vulnerável para a prevalência desses agravos à saúde. É uma séria e importante constatação, considerando que o sofrimento psicológico pode ter implicações consideráveis nos processos de ensino-aprendizagem e, conseqüentemente, no desenvolvimento do futuro profissional de saúde.

Os resultados reforçam a necessidade de um cuidado especial com a população universitária, especialmente aqueles das graduações em saúde. Tendo em vista a média de idade em que se encontram os universitários participantes deste estudo, estando estes no auge de suas vidas produtivas, essas estimativas devem necessariamente ser tratadas com cuidado. Destaca-se a preocupação que se deve ter com os processos adaptativos de jovens na vida universitária, na medida em que as situações-problema e dificuldades do processo favorecem a apresentação de sofrimento psicológico durante o período acadêmico.

É necessário discutir as práticas de agravamento à saúde dos universitários, fatores estes que somados com histórias pessoais que evidenciam vulnerabilidade dos recursos emocionais, vínculos empobrecidos nas relações sociais e ambiente acadêmico estressor, resultam na alta prevalência de transtornos psicológicos e do comportamento. É importante não somente refletir sobre os impactos da vulnerabilidade de recursos pessoais no ambiente acadêmico, mas também incluir no debate o processo de ensino-aprendizagem e a distribuição das atividades acadêmicas e os possíveis impactos na vida do universitário, como por exemplo sua inserção em práticas clínicas e o atendimento psicoterápico prestado aos usuários do estágio curricular.

Cabe ressaltar a seriedade em se dispor de serviços especializados de apoio à saúde psicológica por fornecerem suporte aos quadros clínicos existentes, além de contribuírem para a prevenção do agravamento de sintomas e fortalecerem os fatores de proteção para lidarem com os agravos à saúde que são inerentes ao processo formativo. Ao considerarmos que os universitários são tidos como um grupo especial de investimento social e tecnológico do país, é necessário que se empreendam estudos e políticas públicas focados nessa área.

Faz-se necessário a realização de outros estudos, em especial os longitudinais, para que se possa não somente estimar a prevalência dos transtornos psicológicos e a identificação de perfis epidemiológicos, mas também identificar outros possíveis outros impactos na vida pessoal e na formação da prática clínica na construção da carreira profissional, a fim de se discutir e avaliar as políticas de assistência estudantil vigentes, que atualmente se apresentam ineficientes na prevenção do adoecimento psicológico do corpo discente conforme retratam os resultados dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Goldberg D. A bio-social model for common mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Internet]. 1994.
2. Costa EF de O, Mendes CMC, Andrade TM de. Common mental disorders in medical students: A repeated cross-sectional study over six years. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 15];63(9):771–8. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000900771
3. Costa EF de O, Andrade TM de, Silvany Neto AM, Melo EV de, Rosa ACA, Alencar MA, et al. Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2010 Mar [cited 2020 Nov 22];32(1):11–9. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000100005&script=sci_arttext
4. Dos Santos LS, Ribeiro ÍJS, Boery EN, Boery RNS de O. Qualidade de vida e transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2017 Nov 29 [cited 2020 Nov 16];22(4). Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52126>
5. Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH, Miranda AE. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [Internet]. 2010 [cited 2020 Nov 16];59(1):17–23. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0047-20852010000100003&script=sci_abstract&tlng=pt
6. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. World Health Organization. Geneva. 2017.
7. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2008; 43(8): 667-672.
8. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research* 2013; 47(3): 391-400.
9. Santander TJ, Romero SMI, Hitschfeld AMJ, Zamora AV. Anxiety and depression prevalence in medical students of the Pontificia Universidad Catolica de Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria* 2011; 49(1): 47-55.
10. Brandtner M, Bardagi MP. Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do rio grande do sul. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia* 2009; 2(2): 81-91.
11. Brougham RR, Zail CM, Mendonza CM, Miller JR. Stress, sex differences and coping strategies among college students. *Current Psychology* 2009; 28(2): 85-97.
12. Cavestro JM, Rocha FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2006; 55(4): 264-267.
13. Cerchiari EAN. Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
14. Chernomas WM, Shapiro C. Stress, depression, and anxiety among undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2013; 10(1): 255-266.

15. Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JL. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry* 2007; 77(4): 534-542.
16. Facundes VLD, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27(3): 194-200.
17. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatria* 2002; 40(2): 1-8.
18. Kerebih H, Ajaeb M, Hailesilassie H. Common mental disorders among medical students in Jimma University, SouthWest Ethiopia. *African Health Sciences* [Internet]. 2017 Sep 18 [cited 2020 Nov 16];17(3):844. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5656203/#:~:text=Prevalence%20of%20common%20mental%20disorders,associated%20with%20common%20mental%20disorders>.
19. Aguiar SM, Vieira AP, Vieira KM, Aguiar SM, Nóbrega JO. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2009; 58(1): 34-38.
20. Ward S, Outram S. Medicine: in need of culture change. *Internal Medicine Journal* [Internet]. 2016 Jan [cited 2020 Nov 15];46(1):112–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26813903/>
21. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine* [Internet]. 2016 Aug 3 [cited 2020 Nov 15];46(14):2955–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27484622/>
22. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *The Lancet* [Internet]. 2007 Sep [cited 2020 Nov 17];370(9590):859–77. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61238-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0/fulltext)
23. Haile YG, Alemu SM, Habtewold TD. Common mental disorder and its association with academic performance among Debre Berhan University students, Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems* [Internet]. 2017 May 3 [cited 2020 Nov 16];11(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5415756/>
24. Pacheco JP, Giacomini HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2017 Aug 31 [cited 2020 Nov 15];39(4):369–78. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017000400369
25. Sousa TF, José HPM, Barbosa AR. Conduitas negativas à saúde em estudantes universitários brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(12): 3563-3575.
26. Blake H, Stanulewicz N, McGill F. Predictors of physical activity and barriers to exercise in nursing and medical students. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2016 Nov 8 [cited 2020 Nov 16];73(4):917–29. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13181>
27. Costa CS, Porto BN, Almeida CC, Sugita DM, Crispim HR, Pedro MFS. Análise dos hábitos alimentares e da prática de atividade física em discentes de medicina. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 15]; DOI 10.34117/bjdv5n11-030. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/4302/404>

28. Andrade AS, Tiraboschi GA, Antunes NA, Viana PVBA, Zanoto PA, Curilla RT. Vivências acadêmicas e sofrimento psíquico de estudantes de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2016; 36(4): 831-846.
29. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Medical Education* [Internet]. 2016 Mar 15 [cited 2020 Nov 15];50(4):456–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26995484/>
30. Azad N;Shahid A;Abbas N;Shaheen A;Munir N. Anxiety And Depression In Medical Students Of A Private Medical College. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 15];29(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28712190/>
31. Mayer FB, Santos IS, Silveira PSP, Lopes MHI, de Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Medical Education* [Internet]. 2016 Oct 26 [cited 2020 Nov 15];16(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27784316/>
32. Canavarro MC, Nazaré B, Pereira M. Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação*. 2017.
33. Rocha, ES, Sassi, Petraglia, A. Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2013 [cited 2020 Nov 16];37(2):210–6. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200008
34. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde. 2013.
35. Roberto AR. A saúde mental dos estudantes de medicina da Universidade da Beira Interior. *Ubibliorum.ubi.pt* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 17]; Available from: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1025>
36. Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli M de L. Resilience and mental health problems in children and adolescents who have been victims of violence. *Revista de Saúde Pública*. 2019 Jan 30;53:17
37. Patrício ACF de A, Silva RAR da, Araújo RF de, Silva RF da, Nascimento GT de S, Rodrigues TD de B, et al. Common mental disorders and resilience in homeless persons. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019 Dec;72(6):1526–33.
38. Castaldelli-Maia JM, Lewis T, Marques dos Santos N, Picon F, Kadhum M, Farrell SM, et al. Stressors, psychological distress, and mental health problems amongst Brazilian medical students. *International Review of Psychiatry* [Internet]. 2019 Oct 15 [cited 2020 Nov 15];31(7–8):603–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31612743/>
39. de Andrade OGC, Pereira LC, de Sousa GRV. Análise de estresse e índice de massa corporal em estudantes de medicina do Distrito Federal. Programa de Iniciação Científica - PIC/UniCEUB - Relatórios de Pesquisa [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 16];4(1). Available from: <https://publicacoes.uniceub.br/pic/article/view/6332/4352>
40. Junqueira MCO, de Figueredo DO, Barros REM. Avaliação do estresse, depressão e ansiedade em estudantes de medicina do primeiro ao sétimo semestre do UniCEUB. Programa de Iniciação Científica - PIC/UniCEUB - Relatórios de Pesquisa [Internet].

- 2018 Aug 3 [cited 2020 Nov 16];(2). Available from: <https://www.publicacoes.uniceub.br/pic/article/view/5584>
41. Tovani JBE, Santi LJ, Trindade EV. Uso de psicotrópicos por universitários da área da saúde: um estudo comparativo e qualitativo. Programa de Iniciação Científica - PIC/UnICEUB - Relatórios de Pesquisa [Internet]. 2019 Nov 28 [cited 2020 Nov 16];4(1). Available from: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/pic/article/view/6414>
 42. Hidalgo M, Caumo W. Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. *Neurol Sci* 2002; doi: [10.1007/s100720200021](https://doi.org/10.1007/s100720200021)
 43. Lahelma E, Pietiläinen O, Rahkonen O, Lallukka T. Common mental disorders and cause-specific disability retirement. *Occupational and Environmental Medicine* [Internet]. 2014 Nov 14 [cited 2020 Nov 23];72(3):181–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25398414/>
 44. Derogatis LR. Inventário Breve de Sintomas (BSI): manual de aplicação e correção. São Paulo: Pearson; 2019. ISBN: 9788580408560.

APÊNDICE A

INVENTÁRIO DE CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE RISCO E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS E DO COMPORTAMENTO

Prevalência de Transtornos Mentais Menores e Caracterização de Perfil Epidemiológico entre Discentes da Graduação em Medicina: uma Amostra de Brasília – DF

CAAE 24722919.6.0000.0023

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Realize o download do TCLE através do link (logo abaixo do texto e destacado em azul) para que você tenha as informações sobre a pesquisa.

Prezado (a) discente, o (a) convido para participar da pesquisa intitulada “Prevalência de Transtornos Mentais Menores e Caracterização de Perfil Epidemiológico entre Estudantes de Medicina: Uma Amostra de Brasília - DF”, sob a responsabilidade ética e coordenação do Pesquisador Prof. Dr. Alberto Vilar Trindade. No link (logo abaixo do texto e destacado em azul) você terá acesso ao documento que tem informações sobre a pesquisa, para depois você decidir se gostaria de participar do estudo ou não. Você pode fazer perguntas ao grupo de pesquisa a qualquer momento, e se não entender alguma coisa pode pedir demais esclarecimentos.

https://drive.google.com/file/d/1MDa-Y-GFe8pHMInMlyANcS_vKJLnlgMq/view?usp=sharing

Consentimento pós-informação do (a) participante de pesquisa:

- CONFIRMAÇÃO DE LEITURA E DECLARAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

ELEGIBILIDADE DO ESTUDO

- 1) Qual a sua identidade de gênero?
 - MASCULINA
 - FEMININA
- 2) Qual a sua idade? (Insira somente o número correspondente, por exemplo: 26.)_____
- 3) Qual o ciclo da graduação em Medicina que você cursa?
 - BÁSICO (DO 1° AO 4° SEMESTRE)
 - CLÍNICO (DO 5° AO 8° SEMESTRE)
 - INTERNATO (9° AO 10° SEMESTRE)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES DE ESTUDO

Ciclo Sono-Vigília

4) De que modo você avalia a qualidade do seu sono?

- PÉSSIMO
- RUIM
- MEDIANO
- BOM
- EXCELENTE

Alimentação

5) De que modo você avalia a qualidade da sua dieta?

- PÉSSIMA
- RUIM
- MEDIANA
- BOA
- EXCELENTE

Enriquecimento Ambiental

6) Com que frequência durante a semana você se dedica a algum tipo de atividade de cultura e lazer?

- PELO MENOS UMA VEZ NA SEMANA
- DE 2 A 3 VEZES NA SEMANA
- DURANTE TODA A SEMANA
- SOMENTE EM FERIADOS E/OU NOS FINAIS DE SEMANA
- QUINZENAL
- MENSAL

7) Você considera que seus acessos à cultura e lazer são suficientes?

- SIM
- NÃO

Qualidade de Interações Sociais

8) Você se considera uma pessoa com que quantidade de amigos?

- MUITOS AMIGOS
- QUANTIDADE NORMAL PARA UMA PESSOA
- POUCOS AMIGOS

9) De modo geral, como você classifica sua proximidade afetiva com a família nuclear?

- MUITO PRÓXIMA

- PROXIMIDADE NORMAL
- POUCO PRÓXIMA
- NÃO EXISTE PROXIMIDADE AFETIVA

Práticas de Autocuidado

10) Você tem regularidade na prática de autocuidado numa perspectiva de saúde mental?
(Pelo menos três vezes por semana e qualquer atividade que produza níveis satisfatórios de felicidade.)

- SIM
- NÃO

Percepção da Cultura Organizacional

11) Você se sente apoiado pela instituição de ensino nas práticas psicopedagógicas?
(Entende-se prática psicopedagógica pela solução de qualquer problema que possa ocorrer na relação ensino-aprendizagem.)

- SIM
- NÃO

12) Você considera que a instituição de ensino fornece informações e orientações acerca de saúde mental? (Entende-se como qualquer atividade promotora de bem-estar durante o processo de formação.)

- SIM
- NÃO

Uso de Drogas Lícitas e/ou Ilícitas

13) Você possui algum tipo de tratamento medicamentoso na interface de saúde mental?

- SIM
- NÃO

14) Sobre o consumo de tabaco, em que perfil você mais se identifica?

- NÃO FUMO
- FUMO ESPORADICAMENTE
- FUMO UMA VEZ AO MÊS
- FUMO A CADA QUINZE DIAS
- FUMO SEMANALMENTE
- FUMO DIARIAMENTE

15) Sobre o consumo de álcool, em que perfil você mais se identifica?

- NÃO BEBO
- BEBO ESPORADICAMENTE
- BEBO UMA VEZ AO MÊS
- BEBO A CADA QUINZE DIAS
- BEBO SEMANALMENTE
- BEBO DIARIAMENTE

16) Sobre o consumo de drogas ilícitas, em que perfil você mais se identifica? (São definidas enquanto drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, ecstasy, LSD, inalantes, heroína, barbitúricos, morfina, skank, chá de cogumelo, anfetaminas, clorofórmio, ópio e outras.)

- NÃO USO
- USO ESPORADICAMENTE
- USO UMA VEZ AO MÊS
- USO A CADA QUINZE DIAS
- USO SEMANALMENTE
- USO DIARIAMENTE

Histórico Clínico

17) Sobre o cenário clínico psiquiátrico:

- NUNCA TEVE PROBLEMAS
- TEVE PROBLEMAS, ATUALMENTE NÃO TEM
- TEM PROBLEMAS ATUALMENTE

18) Sobre acompanhamento clínico em saúde mental:

- NÃO POSSUI
- PSICOLÓGICO
- PSIQUIÁTRICO
- AMBOS

Atividade Física

19) Qual o nível da prática de exercícios físicos?

- NÃO PRATICO NENHUM TIPO DE EXERCÍCIO FÍSICO
- PELO MENOS 1 VEZ NA SEMANA
- PELO MENOS 2 VEZES NA SEMANA
- PELO MENOS 3 VEZES NA SEMANA

- MINHA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO É REGULAR

TESTAGEM PSICOLÓGICA E DO COMPORTAMENTO

Ao decorrer deste formulário, há uma lista de problemas que as pessoas apresentam de vez em quando. Leia cada um atentamente e selecione a intensidade na qual a resposta melhor descreve o quanto esse problema o (a) incomodou ou o (a) angustiou ao longo do seu processo formativo da graduação em Medicina.



1. Nervosismo ou agitação interna por medo.
 - NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
2. Sensação de desmaio ou tontura.
 - NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
3. A ideia de que outras pessoas podem controlar seus pensamentos.
 - NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
4. Sentir que outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus problemas.
 - NADA
 - UM POUCO

- MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
5. Dificuldade para lembrar as coisas.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
6. Sentir que fica perturbado (a) ou irritado (a) com facilidade.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
7. Dores no coração ou tórax.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
8. Sentir medo em locais ao ar livre ou nas ruas.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
9. Pensar sobre acabar com a própria vida.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO

- EXTREMAMENTE
10. Sentir que não é possível confiar na maioria das pessoas.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
11. Falta de apetite.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
12. Sentir medo repentinamente, sem motivo.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
13. Ataques de mau humor que você não consegue controlar.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
14. Sentir-se solitário (a) mesmo estando perto de pessoas.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
15. Sentir bloqueio para concluir tarefas e ações que inicia.

- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
16. Sentir-se solitário (a).
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
17. Sentir-se triste.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
18. Sentir desinteresse pelas coisas.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
19. Sentir-se com medo.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
20. Sentir-se magoado (a) com facilidade.
- NADA
 - UM POUCO

- MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
21. Sentir que as pessoas não gostam de você ou estão sendo hostis.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
22. Sentir-se inferior às outras pessoas.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
23. Náusea ou dor estomacal.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
24. Sentir que outras pessoas estão te vigiando ou falando sobre você.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
25. Dificuldade para dormir.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO

- EXTREMAMENTE
26. Precisar se certificar constantemente de tudo o que você faz.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
27. Dificuldade para tomar decisões.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
28. Sentir medo de ônibus, metrô ou trem.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
29. Dificuldades na respiração relacionadas a recuperar o fôlego.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
30. Sentir ondas de frio ou de calor.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
31. Sentir necessidade de evitar certas coisas, locais ou atividade porque assustam você.

- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
32. Sentir que sua cabeça "deu um branco".
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
33. Dormência ou formigamento em algumas partes do corpo.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
34. A ideia de que você deve ser punido (a) pelos erros cometidos.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
35. Sentir falta de esperança sobre o futuro.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
36. Dificuldade em se concentrar.
- NADA
 - UM POUCO

- MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
37. Sentir fraqueza em algumas partes do corpo.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
38. Sentir-se tenso (a) ou nervosa (a).
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
39. Pensamentos de morte ou morrer.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
40. Sentir vontade de bater, machucar ou ferir alguém.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
41. Sentir vontade de quebrar ou destruir coisas.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO

- EXTREMAMENTE
42. Sentir-se constrangido (a) com relação a outras pessoas.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
43. Sentir-se incomodado (a) em meio a multidões, como em um shopping ou cinema.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
44. Nunca sentir-se conectado (a) a outras pessoas.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
45. Ondas de terror e pânico.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
46. Discutir frequentemente.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
47. Sentir-se nervoso (a) quando fica sozinho (a).

- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
48. Sentir que outras pessoas não estão reconhecendo adequadamente as suas realizações.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
49. Sentir-se tão inquieto (a) que não consegue ficar quieto (a).
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
50. Sentir-se inútil.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
51. Sentir que as pessoas vão se aproveitar de você se permitir.
- NADA
 - UM POUCO
 - MODERADAMENTE
 - MUITO
 - EXTREMAMENTE
52. Sentimento de culpa.
- NADA

- UM POUCO
- MODERADAMENTE
- MUITO
- EXTREMAMENTE

53. A ideia de que tem algo errado com a sua cabeça.

- NADA
- UM POUCO
- MODERADAMENTE
- MUITO
- EXTREMAMENTE

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

CAAE 24722919.6.0000.0023

INTRODUÇÃO

Prezado (a) discente, o (a) convido para participar da pesquisa intitulada **“Prevalência de Transtornos Mentais Menores e Caracterização de Perfil Epidemiológico entre Estudantes de Medicina: Uma Amostra de Brasília - DF”**, sob a **responsabilidade ética e coordenação do Pesquisador Prof. Dr. Alberto Vilar Trindade**.

É necessário ler o TCLE, que tem informações sobre a pesquisa, para depois você decidir se gostaria de participar do estudo ou não. Quando terminar e se você ainda desejar participar, assine-o eletronicamente por meio da *Plataforma Online de Coleta de Dados* na qual teve acesso a este documento.

1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO ESTUDO

Fazemos parte de um grupo de pesquisadores que está trabalhando em um projeto de pesquisa autorizado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB* e pretendemos através deste estudo construir e mensurar indicadores de adoecimento em saúde psicológica do universitário através do inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco e prevalência de transtornos psicológicos e do comportamento entre universitários da graduação em Medicina da *Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília*.

2. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Sua participação é voluntária e caso aceite participar do estudo, faremos uma entrevista que deverá levar mais ou menos 15 minutos, iremos fazer algumas perguntas sobre seus padrões de vida, que se referem à qualidade e quantidade de bens e serviços disponíveis que você tem acesso, além de informações sobre indicadores socioeconômicos, hábitos de estudo, cultura e lazer, saúde e rede social. **Além deste questionário, também iremos aplicar o Inventário Breve de Sintomas – BSI, que é um inventário de autorrelato de sintomas, composto por 53 itens organizados em nove escalas de sintomas: somatização, transtorno obsessivo compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo; projetado para refletir os padrões de sintomas psicológicos em pacientes gerais, psiquiátricos e não pacientes.**

As informações da sua entrevista serão inseridas na plataforma online de coleta de

dados (que é manipulada por mim) e somente um código será usado para identificação, não usaremos seu nome nem outras informações pessoais.

3. DESCONFORTOS E RISCOS POSSÍVEIS

Você poderá se sentir ansioso (a) ou angustiado (a) por estar respondendo a perguntas muito pessoais ou sensíveis na entrevista. Todos estes riscos são importantes e precisam ser evitados, o Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB realiza este tipo de estudo desde sua criação, e não soubemos de nenhuma situação na qual houve uma quebra de sigilo com participantes. Com relação aos possíveis sentimentos de estresse ou tristeza, nossa equipe é bastante experiente e treinada para lhe oferecer aconselhamento no momento da entrevista, mas se ainda for necessária uma maior intervenção a depender do dano eventual que poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade, o (a) participante terá direito a atendimento clínico (de caráter breve, considerando a modalidade de aconselhamento e orientação psicológica) com o **co pesquisador Psicólogo Guilherme de Moraes (CRP-01/20799 DF)**, legalmente habilitado com registro ativo no conselho de classe do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal; neste íterim, para entrar em contato com o suporte psicológico, você poderá enviar uma mensagem pelo “WhatsApp” através de **61 98187-6007** ou enviar um e-mail para o endereço eletrônico falecom@guilhermedemoraes.psc.br. E se você quiser, nós podemos também lhe encaminhar para um serviço público que possa lhe oferecer apoio psicológico mais aprofundado (numa perspectiva longitudinal) depois da pesquisa. Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será anotado em nenhum local do questionário.

4. BENEFÍCIOS ESPERADOS

O benefício direto que o (a) participante da pesquisa poderá ter em participar deste estudo, será o de requerer o acesso aos resultados do instrumento de rastreamento sobre transtornos mentais menores, e se for necessário, ser encaminhado (a) para serviços públicos especializados para o recebimento de aconselhamento e cuidado psicológico longitudinal. O benefício indireto, será o de contribuir para a caracterização do perfil epidemiológico dos universitários na graduação em medicina a fim de propor medidas e ações preventivas em saúde coletiva e em processos educativos do ensino superior.

5. GARANTIA DE SIGILO

A sua participação nesta entrevista é totalmente confidencial e voluntária. Para

assegurar o sigilo das informações que você nos der, as seguintes medidas serão tomadas: nenhum nome próprio, endereço ou informações pessoais que te identifiquem serão coletadas; ninguém além do grupo de pesquisadores terá acesso ao que você disser aqui e seu nome não será escrito ou publicado em nenhum local. Nenhuma informação que você vier a nos dar, durante sua participação na pesquisa, será divulgada para qualquer outra pessoa que não faça parte do nosso grupo de pesquisa.

Os participantes terão códigos de identificação, que serão usados nos questionários, ao invés de seu nome. Todos os arquivos serão guardados em segurança e os arquivos de computador serão protegidos por senhas e criptografados. Os formulários escritos serão mantidos guardados pelo pesquisador responsável, Alberto Vilar Trindade, por um período de 5 anos, depois do fim do estudo, conforme exigido pelas normas éticas de pesquisas brasileiras.

Os resultados da pesquisa poderão ser utilizados para elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos no futuro, e se os resultados do estudo forem publicados, seu nome nunca aparecerá.

6. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO

Você poderá fazer qualquer pergunta ou tirar qualquer dúvida que tenha a qualquer momento, ou seja, você pode perguntar qualquer coisa da pesquisa antes de ter começado a participar da entrevista ou enquanto você estiver participando dela. Se você tiver interesse em conhecer os resultados deste estudo quando este terminar, os pesquisadores poderão lhe dar uma cópia do relatório final. Caso você tenha qualquer pergunta, preocupação ou reclamação sobre essa pesquisa, você pode entrar em contato com **Alberto Vilar**, pesquisador responsável pela pesquisa, através do endereço eletrônico alberto.trindade@ceub.edu.br; ou com as pesquisadoras assistentes **Tamires Martinelli**, através do e-mail tamimartinelli@sempreceub.com e **Gabriella Ximenes**, através do e-mail gabirellamx@sempreceub.com.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB, no endereço SEPN 707/907 Campus do UniCEUB Bloco 6 Sala 6.110 (1º andar), Asa Norte, Brasília – DF CEP 70790-075; no telefone **61 3966-1511** ou no endereço eletrônico cep.uniceub@uniceub.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o

comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos.

7. SUA PARTICIPAÇÃO E SAÍDA DO ESTUDO

Lembre-se que você pode se recusar a responder qualquer pergunta, ou parar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem problema algum, além de não receber nenhuma recompensa financeira por participar da pesquisa. Se você decidir não participar da pesquisa, ou quiser parar a qualquer momento, você não irá sofrer nenhum prejuízo. A sua participação é totalmente voluntária e não existe problema algum se você não quiser participar.