

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SANDRA REGINA BAGGIO MUZZOLON

PREVALÊNCIA DO RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS E SUICÍDIO EM  
ESTUDANTES DOS CURSOS SUPERIORES DE MEDICINA E DE DIREITO

CIDADE

2016

SANDRA REGINA BAGGIO MUZZOLON

PREVALÊNCIA DO RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS E SUICÍDIO EM  
ESTUDANTES DOS CURSOS SUPERIORES DE MEDICINA E DE DIREITO

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Helena Coutinho dos Santos (*in Memoriam*)

Coorientadora: Profa. Dra. Mônica Nunes Lima

CURITIBA

2016

M994 Muzzolon, Sandra Regina Baggio  
Prevalência do risco para transtornos mentais e suicídio em  
estudantes dos cursos superiores de medicina e de direito [recurso  
eletrônico] / Sandra Regina Baggio Muzzolon. – Curitiba, 2016.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Monica Nunes Lima Cat  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Lucia Helena Coutinho dos Santos  
Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da  
Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde.  
Universidade Federal do Paraná.

1. Transtornos mentais. 2. Suicídio. 3. Qualidade de vida.  
I. Cat, Monica Nunes Lima. II. Santos, Lucia Helena Coutinho dos. III.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.  
Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.  
IV. Título.

NLMC: W864



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado  
em Saúde da Criança e do Adolescente*



## *Parecer*

A Banca Examinadora, instituída pelo colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, do Setor de Ciências Saúde, da Universidade Federal do Paraná, após arguir a Doutoranda

*Sandra Regina Baggio Muzzolon*

em relação a sua Tese de Doutorado intitulada:

**“Prevalência do Risco para Transtornos Mentais e Suicídio em Estudantes dos Cursos Superiores de Medicina e de Direito”**

é de parecer favorável à *Aprovação* da acadêmica, habilitando-a ao título de *Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente*, Área de Concentração em *Psiquiatria da Infância e da Adolescência* Área Específica *Psicologia*.

Curitiba, 27 de julho de 2016

*Professora Mônica Nunes Lima Cat*  
Professora Associada do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná - UFPR.  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR  
Presidente da Banca Examinadora e Orientadora do Trabalho.

*Professor Rogério Andrade Mulinari*  
Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná - UFPR.  
Vice-Reitor da Universidade Federal do Paraná - UFPR  
Primeiro Examinador.

*Professora Claudete Reggiani*  
Professora Associada do Departamento de Tocoginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Paraná-UFPR;  
Diretora do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná - UFPR  
Segunda Examinadora.

*Professor Ricardo Marcelo Fonseca*  
Professor Associado do Departamento de Direito Privado da Universidade Federal do Paraná-UFPR;  
Diretor do Setor de Ciências Jurídicas Universidade Federal do Paraná - UFPR  
Terceiro Examinador.

*Professor Saint Clair Bahls*  
Professor Adjunto dos Cursos de Medicina e Psicologia da Universidade Positivo-UP; Quarto Examinador.

Rua: General Carneiro, 181 - 14º andar - Alto da Glória - Curitiba - PR - CEP 80060-900  
Coordenação: (041) 3360-1863 - e-mail: [monica.lima.ufpr@gmail.com](mailto:monica.lima.ufpr@gmail.com)  
Secretaria: (041) 3360-7980 - e-mail: [pgadped@hc.ufpr.br](mailto:pgadped@hc.ufpr.br) - [clara.lara@ufpr.br](mailto:clara.lara@ufpr.br)

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Mônica Nunes Lima Cat, grande exemplo de pessoa, médica, professora e orientadora; uma das pessoas mais sábias com quem tive o prazer de conviver. Alguém que transformou minha vida pessoal, profissional e me fez enxergar muito além do que achei que pudesse. Tê-la na minha trajetória foi um dos maiores presentes que ganhei na vida. Pelos momentos de reflexão conjunta sobre a pesquisa e sobre a vida.

À Professora Dra. Lúcia Helena Coutinho dos Santos (*In Memoriam*), pessoa e profissional de quem sempre tive muito orgulho, admiração e amizade. Pelo entusiasmo, incentivo e parceria durante o desenvolvimento deste trabalho, pelo respeito, preocupação e valorização de forma muito especial na análise de todas as pessoas aqui avaliadas.

Aos professores da Banca de Qualificação Professora Doutora Mônica Nunes Lima Cat - Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Professor Doutor Gustavo Schier Dória e Doutora Maria Joana Mäder Joaquim pelas contribuições ao aprimoramento do trabalho.

À Coordenação do Curso de Medicina, em nome do Professor Doutor Edison Luiz Almeida Tizzot (gestão 2012/2013 e 2016-2018) e à Professora Doutora Cristina de Oliveira Rodrigues (gestão 2014-2016), pela colaboração e apoio a este projeto.

À Coordenação do Curso de Direito, em nome do Professor Doutor Rodrigo Luís Kanayama (gestão 2012/2013) e coordenação atual Professor André Peixoto de Souza (gestão 2016-2018), pelo apoio e incentivo.

Aos Alunos dos Cursos de Medicina e Direito, pelo desprendimento e confiança com que abriram seu íntimo ao responder o extenso questionário de pesquisa.

À toda a minha família, pelo apoio às minhas escolhas, pela vibração com minhas conquistas e por todos os esforços que fizeram para que eu pudesse chegar até aqui.

## RESUMO

Universitários são vulneráveis para o desenvolvimento de Transtornos Mentais (TM). De acordo com a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes, 2011) 47,7% dos universitários no Brasil referiram ter vivenciado alguma crise emocional durante sua formação acadêmica, caracterizadas principalmente por Depressão (22%) e Ansiedade (70%). O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência dos principais riscos para TM e Suicídio em estudantes dos cursos de Medicina e Direito. Trata-se de estudo prospectivo de 1048 estudantes da Universidade Federal do Paraná - 775 do curso de Medicina e 273 de Direito, que responderam aos instrumentos: 1) *Adult Self Report-ASR* e 2) *WHOQOL-100*. O *ASR* é um inventário de autoavaliação destinado à adultos de 18 a 59 anos que permite verificar aspectos do Funcionamento Adaptativo e Psicopatológico do indivíduo. Um escore igual ou acima de 70 é considerado *Clínico*, entre 65 e 69, *Limitrofe* e abaixo de 64, *Normal*. O *WHOQOL-100* é um instrumento para avaliação de Qualidade de Vida com resultado expresso em porcentagem, variando de 0 a 100%. Valores entre 0% e 25% foram considerados como Qualidade de Vida *Ruim*, entre 26% e 50%, *Moderada*, entre 51% e 75% *Boa* e entre 76% e 100%, *Ótima*. A prevalência geral de risco de TM foi de 48,7%. Um a cada dois estudantes de Medicina e de Direito apresentaram escore do *ASR Clínico* e 65,1% *Limitrofe*, com predomínio do sexo feminino e 3º ano em ambos os cursos. Os principais riscos para TM observados em nível *Clínico* pelo *DSM-Orientado* foram Problemas de Ansiedade (20,4%), Problemas de Depressão (14,7%) e Personalidade Evitativa (14,9%). Problemas Internalizantes (*ASR*) foram observados em 35,8% dos casos representados por Síndrome Ansiedade/Depressão (18,0%) e Isolamento (14,2%). Itens Críticos Específicos em nível *Clínico* tiveram elevada prevalência representados por “Dificuldade de Atenção/Concentração” (26,1%), “Obsessões” (19,9%), “Oscilação de Humor” (18,5%), “Consumir Álcool ou Ficar Bêbado” (15,5%) e “Chorar Muito” (11,2%). Comprometimento no Funcionamento-Adaptativo Geral esteve associado a todos os itens do *ASR*, à exceção do Uso de Álcool. Qualidade de Vida Geral *Ruim* ou *Moderada* foi encontrada em 30% dos estudantes e em 50% nos Domínios Físico e Psicológico do *WHOQOL-100*. A prevalência de risco de Suicídio foi de 11,5% e a presença de qualquer Problema do *DSM-Orientado* em nível *Clínico* aumentou o risco de Suicídio em 5 vezes (RR = 5,09 IC 95% = 3,47–7,47) e pelo *ASR* em 6,5 vezes (RR = 6,45 IC = 95% = 3,92–10,62), associado principalmente a Problemas Internalizantes, Problemas de Depressão, Problemas de Ansiedade e Personalidade Evitativa. Cerca de 50% deles apresentava de uma a três síndromes associadas. Instituições de Ensino Superior devem implementar estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e orientação terapêutica multidisciplinar a fim de garantir possibilidade de se graduar com qualidade de vida adequada e compatível com a fase de juventude.

Palavras-Chave: Transtorno Mental; Suicídio; Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

University students are the most likely to develop Mental Disorder (MD). According to the Brazilian National Association of Federal Institutions of Higher Education Leaders (ANDIFES - *Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior*) 47.7% of the Brazilian university students suffer some kind of emotional crisis during their academic life, mainly depression (22%) and anxiety (70%). The main goal of this research was to verify the preponderance of fundamental risks of MD and suicidal behavior during the courses of Law and Medicine. The prospective study brought together data of 1048 students of the Federal University of Parana – Brazil, 775 majoring in medicine and the other 273 in law that responded to the psychopathology and life quality instruments: 1) Adult self-report – ASR and 2) WHOQOL-100). ASR is an inventory of self evaluation focused on adults from 18 to 59 years what allow to verify aspects of the individual's adaptive and psychopathological functioning. A score above or equal to 70 is considered a Clinical case, from 65 to 69 Borderline and below 64 Normal. The WHOQOL 100 is an instrument to evaluate quality of life with a result expressed in percentage, ranging from 0 to 100%. Values between 0% and 25% were rated as Bad life quality, among 26% and 50% Moderate, from 51% to 75% Good and Great quality of life were those within 76% and 100%. The general prevalence of MD risk was 48.7%. One every two students on the case showed Clinic ASR score and 65.1% Borderline score, with the predominance of women and of the 3rd year in both fields of study. The biggest risks of MD observed in Clinic level for DSM-oriented were Anxiety Problems (20.4%), Depressive Problems (14.7%) and Avoidant Personality Problems (14.9%). Internalizing Problems (ASR) were noticed in 38.5% of the cases represented by Anxious/Depressed Syndrome (18.0%) and Withdrawn (14.2%). Specific Critical Items on a Clinic level had an elevated prevalence represented by "difficulties of concentration and paying attention" (26%), "obsessions" (19.9%), "oscillations of humor" (18.5%), "drinking problems" (15.5%), "crying a lot" (11.2%). Commitment on the Adaptive Functioning in general was associated with all items of ASR, with the exception of the alcohol consuming issue. An average or bad quality of life was checked by 30% of the students and in 50% of physical and psychological domains of WHOQOL-100. The prevalence risk of suicidal behaviours was of 11.5% and the presence of any DSM-oriented problem in clinical level multiplied the risk of suicide in 5 times (OR= 5.09 IC 95%= 3.47-7.47) and for the ASR in 6,5 times (OR = 6.45 IC = 95% = 3.92–10.62), associated mainly with Internalizing Problems, Anxiety Problems, Depressed Problems and Avoidant Personality Problems. About 50% of them presented from one to three correlated syndromes. Superior Educations Institutions must implement preventive strategies, early diagnosis and multidisciplinary therapeutic orientation in order to guarantee to its students the possibility to graduate with an adequate and compatible life quality to the youth.

Keywords: Mental Disorder; Suicide; Quality of life.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – NÚMERO DE ALUNOS MATRICULADOS E NÚMERO DE ALUNOS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO POR ANO – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	73
TABELA 2 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> NO FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO - <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	76
TABELA 3 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> NO FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO DO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> DE ACORDO COM O SEXO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	77
TABELA 4 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>CLÍNICO</i> - FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO DO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> DE ACORDO COM O ANO DO CURSO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	77
TABELA 5 – PREOCUPAÇÕES DOS ALUNOS – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	78
TABELA 6 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> PARA PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES, TOTAL DE PROBLEMAS E ITENS CRÍTICOS PELO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	80
TABELA 7 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> PARA PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS PELO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> DE ACORDO COM O SEXO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	81
TABELA 8 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>CLÍNICO</i> PARA PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS PELO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> DE ACORDO COM O ANO DO CURSO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	82



TABELA 9 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> PARA ITENS CRÍTICOS E SÍNDROMES PELO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	83
TABELA 10 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> PARA ITENS CRÍTICOS E SÍNDROMES PELO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> DE ACORDO COM O SEXO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	84
TABELA 11 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>CLÍNICO</i> PARA ITENS CRÍTICOS E SÍNDROMES PELO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> DE ACORDO COM O ANO DO CURSO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) ....	84
TABELA 12 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> PARA ITENS CRÍTICOS PELO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	86
TABELA 13 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PELO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	87
TABELA 14 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PELO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> DE ACORDO COM O SEXO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	87
TABELA 15 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>CLÍNICO</i> PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PELO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> DE ACORDO COM O ANO DO CURSO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	88
TABELA 16 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> PELO <i>DSM-ORIENTADO</i> - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	88
TABELA 17 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>LIMÍTROFE</i> E <i>CLÍNICO</i> PELO <i>DSM-ORIENTADO</i> DE ACORDO COM O SEXO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	89
TABELA 18 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO <i>CLÍNICO</i> PELO <i>DSM-ORIENTADO</i> DE ACORDO COM O ANO DO CURSO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	90

TABELA 19 – ESCORES DAS FACETAS DO <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)</i> EM ESCALA PERCENTUAL – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	94
TABELA 20 – ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROMES DO <i>DSM-ORIENTADO</i> CLASSIFICADOS COMO <i>CLÍNICO</i> ENTRE OS ESTUDANTES COM RISCO DE SUICÍDIO .....	103
TABELA 21 – ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROMES DO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> CLASSIFICADAS COMO <i>CLÍNICO</i> ENTRE OS ESTUDANTES COM RISCO DE SUICÍDIO .....	103
TABELA 22 – RISCO DE SUICÍDIO DE ACORDO COM AS SÍNDROMES DO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> E PROBLEMAS DO <i>DSM-ORIENTADO</i> – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 -2012) .....	105
TABELA 23 – RISCO DE SUICÍDIO DE ACORDO COM O <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)</i> – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 -2012) .....	105

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – <i>ADULT SELF REPORT</i> – ESCALA DE SÍNDROMES (continua).....	52
QUADRO 2 – <i>ADULT SELF REPORT</i> – ESCALA DO <i>DSM</i> -ORIENTADO .....	54
QUADRO 3 – DOMÍNIO FÍSICO DO <i>WHOQOL-100</i> .....	60
QUADRO 4 – DOMÍNIO PSICOLÓGICO DO <i>WHOQOL-100</i> .....	60
QUADRO 5 – DOMÍNIO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA DO <i>WHOQOL-100</i> .....	61
QUADRO 6 – DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS DO <i>WHOQOL-100</i> .....	61
QUADRO 7 – DOMÍNIO MEIO AMBIENTE DO <i>WHOQOL-100</i> .....	62
QUADRO 8 – DOMÍNIO ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO/CRENÇAS DO <i>WHOQOL-100</i> .....	63
QUADRO 9 – DOMÍNIO GERAL DO <i>WHOQOL-100</i> .....	63
QUADRO 10 – NÍVEIS DE ESCALA DE <i>LIKERT</i> DE RESPOSTAS DO <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)</i> .....	65
QUADRO 11 – CONVERSÃO DA ESCALA DO <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE</i> .....	68

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE RESPOSTAS DO <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE</i> .....	65
GRÁFICO 2 – ÁREAS DO <i>ADULT SELF REPORT</i> CLASSIFICADAS COMO <i>LIMÍTROFE</i> - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	75
GRÁFICO 3 – ÁREAS DO <i>ADULT SELF REPORT</i> CLASSIFICADAS COMO <i>CLÍNICO</i> - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	75
GRÁFICO 4 – FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO GERAL <i>CLÍNICO</i> E ÁREAS DO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> E <i>DSM</i> -ORIENTADO – CURSO DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	91
GRÁFICO 5 – FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO SUBITEM AMIGOS CLASSIFICADO COMO <i>CLÍNICO</i> E ÁREAS DO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> E <i>DSM</i> -ORIENTADO – CURSO DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	92
GRÁFICO 6 – FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO SUBITEM FAMÍLIA CLASSIFICADO COMO <i>CLÍNICO</i> E ÁREAS DO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> E <i>DSM</i> -ORIENTADO – CURSO DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	92
GRÁFICO 7 – FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO SUBITEM EDUCAÇÃO CLASSIFICADO COMO <i>CLÍNICO</i> E ÁREAS DO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> E <i>DSM</i> -ORIENTADO – CURSO DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	93
GRÁFICO 8 – QUALIDADE DE VIDA GERAL E DOS DOMÍNIOS DO <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)</i> – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	95
GRÁFICO 9 – QUALIDADE DE VIDA GERAL E DOMÍNIOS DO <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)</i> DE ACORDO COM O SEXO – CURSO DE MEDICINA.....	95
GRÁFICO 10 – QUALIDADE DE VIDA E SEUS DOMÍNIOS DE ACORDO COM O ANO DOS CURSOS DE MEDICINA E DIREITO .....	97

GRÁFICO 11 – QUALIDADE DE VIDA GERAL DE ACORDO COM O FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO GERAL – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	98
GRÁFICO 12 – QUALIDADE DE VIDA GERAL E DOMÍNIOS DO <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)</i> DE ACORDO COM O FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO DE RISCO – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	98
GRÁFICO 13 – QUALIDADE DE VIDA GERAL DE ACORDO COM O FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO SUBITEM AMIGOS, FAMÍLIA E EDUCAÇÃO – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012) .....	100
GRÁFICO 14 – QUALIDADE DE VIDA GERAL DE ACORDO COM O <i>DSM – ORIENTADO</i> - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	100
GRÁFICO 15 – QUALIDADE DE VIDA GERAL DE ACORDO COM O <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012).....	101
GRÁFICO 16 – SÍNDROMES DO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> CLASSIFICADOS COMO <i>CLÍNICO</i> E RISCO DE SUICÍCIO .....	102

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – GRÁFICO DE RESULTADO DO <i>ADULT SELF REPORT</i> – FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO E SÍNDROMES .....	55
FIGURA 2 – GRÁFICO DO RESULTADO DO <i>ADULT SELF REPORT</i> – PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES, ITENS CRÍTICOS, USO DE SUBSTÂNCIAS, OUTROS PROBLEMAS E <i>DSM</i> -ORIENTADO .....	57

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ASEBA	–	<i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i>
ADM	–	<i>Assessment Data Manager</i>
ASR	–	<i>Adult Self-Report</i>
BDI	–	<i>Beck Depression Inventory</i>
CBCL	–	<i>Children Behavior Check List</i>
CID	–	Código Internacional de Doenças
DSM	–	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DALY	–	<i>Disability Adjusted Life of Years</i>
EUA	–	Estados Unidos Da América
GHQ - 60	–	<i>General Health Questionnaire - 60</i>
HC	–	Hospital de Clínicas
IC	–	Intervalo de confiança
K10	–	<i>Kessler Psychological Distress Scale</i>
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
OR	–	<i>Odds Ratio</i>
SRQ-20	–	<i>Self-Reporting Questionnaire - 20</i>
TMC	–	Transtornos Mentais Comuns
UNODC	–	<i>United Nation Office on Drugs and Crime</i>
UFRN	–	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USP	–	Universidade de São Paulo
UFPR	–	Universidade Federal do Paraná
WHOQOL	–	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>20</b>
1.1 OBJETIVOS .....	23
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>24</b>
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>48</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	48
3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO .....	48
3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO .....	48
3.4 POPULAÇÃO FONTE .....	48
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	49
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	49
3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	49
3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM.....	49
3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	50
3.9.1 Escala <i>Adult Self Report (ASR)</i> .....	50
3.9.2 Instrumento de avaliação de qualidade de vida <i>WHOQOL-100</i> .....	59
3.9.2.1 Cálculo do escore do <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)</i> .....	66
3.10 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO .....	68
3.11 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS .....	70
3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	70
3.13 ÉTICA EM PESQUISA .....	71
3.14 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA.....	71
3.15 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS.....	72
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>73</b>



4.1 ESCALA <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO.....	74
4.1.1 Funcionamento Adaptativo.....	76
4.1.2 Questões Abertas da Escala <i>Adult Self Report (ASR)</i> ( <i>Condições de Moradia, Doenças, Preocupações, Pontos Fortes e Fracos</i> ).....	78
4.1.3 Problemas Internalizantes, Externalizantes, Total de Problemas.....	79
4.1.4 Itens Críticos e Síndromes .....	83
4.1.5 Uso de Substâncias .....	85
4.1.6 <i>DSM</i> -Orientado .....	88
4.1.7 Funcionamento Adaptativo Geral, <i>Adult Self Report (ASR)</i> e <i>DSM</i> -Orientado .....	90
4.2 Instrumento de avaliação de qualidade de vida <i>World Health Organization Quality of Life WHOQOL-100</i> – Cursos de Medicina e de Direito .....	93
4.2.1 Qualidade de Vida Geral e Funcionamento Adaptativo.....	96
4.2.2 Qualidade de Vida Geral e Problemas do <i>DSM</i> -Orientado .....	99
4.2.3 Qualidade de Vida Geral e Problemas do <i>Adult Self Report (ASR)</i> .....	99
4.3 ANÁLISE DOS CASOS DE RISCO DE SUICÍDIO – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO.....	101
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>106</b>
5.1 FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO – <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> .....	107
5.2 SÍNDROMES E PROBLEMAS DO <i>ADULT SELF REPORT (ASR)</i> E <i>DSM</i> - ORIENTADO .....	113
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>130</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>132</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA OS ESTUDANTES.....</b>	<b>151</b>

<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS .....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXO 1 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS – ADULT SELF REPORT (ASR).....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-100 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE).....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA “AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E A QUALIDADE DE VIDA EM UMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES E/OU ADULTOS JOVENS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA E DE DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ” PELO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.....</b>	<b>179</b>
<b>ANEXO 4 – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE PELA GUARDA, SEGURANÇA E SIGILO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA RESPONDIDOS PELOS ESTUDANTES .....</b>	<b>180</b>
<b>ANEXO 5 – EXTRATO DA ATA DA REUNIÃO DO COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ COM APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA “AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E A QUALIDADE DE VIDA EM UMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES E/OU ADULTOS JOVENS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA E DE DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ” .....</b>	<b>181</b>
<b>ANEXO 6 – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DO DEPARTAMENTO DE DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ COM O PROJETO DE PESQUISA “AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E A QUALIDADE DE VIDA EM UMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES E/OU ADULTOS JOVENS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA E DE DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ” .....</b>	<b>182</b>

<b>ANEXO 7 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXO 8 – DECLARAÇÃO DO COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO AOS ESTUDANTES DA PESQUISA PELO CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....</b>	<b>184</b>
<b>ANEXO 9 – DECLARAÇÃO DO COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO AOS ESTUDANTES DA PESQUISA PELO AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ .....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO 10 – DECLARAÇÃO DO COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO AOS ESTUDANTES DA PESQUISA PELO AMBULATÓRIO DE NEUROPEDIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ .....</b>	<b>186</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos têm revelado que Transtornos Mentais (TM) têm maior chance de surgir pela primeira vez no início da fase adulta, principalmente no período universitário. (CERCHIARI, 2004; MOWBRAY *et al.*, 2006). As situações de perda presentes no desenvolvimento normal acentuam-se quando os jovens ingressam na universidade, pois é comum afastarem-se de seu círculo de relacionamentos, às vezes da família e da cidade onde residem que, somados às novas experiências e exigências do curso, podem desencadear situações de crise. (FERNANDES; RODRIGUES, 1993; CERCHIARI, 2004). É maior a taxa de sofrimento emocional entre estudantes universitários, se comparados com jovens da mesma idade que não estão na universidade. Aproximadamente 30% de uma amostra de 7.800 universitários canadenses, com maior prevalência entre as mulheres, apresentaram algum tipo de TM. (ADLAF *et al.*, 2001). No Peru, o índice de depressão encontrado entre os universitários foi de 24%. (GALLI *et al.*, 2002). No Brasil, em 1958, realizou-se o primeiro estudo sobre saúde mental em estudantes universitários. (LORETO, 1958<sup>1</sup> *apud* NEVES; DALGALARRONDO, 2007). Identificou-se que um terço dos alunos atendidos no Serviço de Higiene Mental para Estudantes da Universidade Federal de Pernambuco desde o seu início em 1956, apresentavam algum tipo de sintoma emocional e dois terços já possuíam padrões de reações emocionais inadequadas. Uma década e meia depois, o mesmo autor identificou estudantes com sintomas psiquiátricos e estudantes sem sintomas psiquiátricos definidos. Estes últimos, 60% da amostra, apresentavam “dificuldades emocionais diversas relativas à fase da constituição da identidade”. Em 1976, Giglio<sup>1</sup> (*apud* NEVES, DALGALARRONDO, 2007) estudou diversos cursos de graduação da Universidade Estadual de Campinas, utilizando o *General Health Questionnaire – GHQ – 60* e obteve prevalência de 31,3% de “sofrimento psíquico”. Pertencer ao sexo feminino, ter maior número de irmãos, sentimento de que a universidade não estava correspondendo às expectativas e perceber o relacionamento com os pais e amigos como insatisfatório estiveram associados a índices maiores de “sofrimento psíquico” neste instrumento. Cerchiari (2004) utilizando o mesmo instrumento, em uma

---

<sup>1</sup> NEVES, M. C. C; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais autoreferidos em estudantes universitários. J. Bras. Psiquiatr., vol. 56, n. 4, pg 237-244, 2007.

universidade do Mato Grosso do Sul, encontrou prevalência de 25% de TM Menores. Em Pernambuco a prevalência foi de 43,1% para os mesmos transtornos e residir com os pais favoreceu a saúde mental em ambas as pesquisas. (FACUNDES; LUDEMIR, 2005). Estudos são unânimes em afirmar que os níveis de problemas emocionais em estudantes universitários estão aumentando e ainda são poucas as medidas de implementação preventiva e tratamento durante o período de formação acadêmica.

O momento histórico atual é marcado pela aceleração e excesso de atividades diárias e escassez de tempo para desempenhá-las de maneira satisfatória bem como para momentos de lazer e descanso suficientes. O tempo ganho com o desenvolvimento e avanço tecnológico se reverteu em novas atividades e demandas que acabaram por trazer uma sobrecarga adicional ao indivíduo. Nesse contexto, os conhecimentos se multiplicaram e de maneira rápida estão disponíveis, exigindo constante adaptação às mudanças e às tendências impostas nos diferentes níveis de atuação: pessoal, social, cultural, profissional e institucional.

O estudante universitário, muitas vezes, é obrigado a atender todas as exigências de seu curso, transformando seu comportamento, buscando maior produtividade, maior conhecimento, maior abrangência na sua ação, enfim, buscando a excelência esperada pelo meio no qual está inserido. Tal comportamento reativo tem um preço que é diferente para cada um na medida em que interfere de maneira particular no seu equilíbrio e qualidade de vida.

Alguns cursos universitários são considerados uma grande fonte de estresse que afeta em maior ou menor grau a qualidade de vida do estudante, tanto dentro como fora da universidade. Alguns estudos apontam, por exemplo, para o crescimento da morbidade psicológica durante o curso médico. (GUTHRIE *et al.*, 1998; CARSON *et al.*, 2000).

Os estudantes de Medicina são considerados um grupo de risco para o desenvolvimento de TM (FERNANDES; RODRIGUES, 1993; CATALDO NETO *et al.*, 1998), pois os desafios enfrentados por eles vão, desde a grande e rápida exigência na aquisição de conhecimentos teóricos, à mudança da forma de aprendizado passiva para ativa, diminuição do tempo dedicado para o descanso, o lazer e o autocuidado, a progressiva assimilação de estilo e do papel do médico, competitividade, medo de falhar, contato com doenças e morte, grandes responsabilidades de decisões e suas repercussões para a vida dos pacientes, dificuldades econômicas, escolha de uma

especialização, dificuldades de ingressar em um curso de residência médica, mercado de trabalho na profissão, entre outros. (DYRBYE, *et al.*, 2010).

Assim, o longo e estressante período que o estudante percorre durante a educação médica é marcado como um difícil modo de obter desenvolvimento e maturação satisfatórios. É ensinado como tratar o paciente, mas não a si mesmo, dessa forma o aluno negligencia os cuidados de si mesmo durante sua formação ignorando sua própria dor, desconforto e exaustão. Não raro opta por automedicar-se para doenças autodiagnosticadas. (MELEIRO, ALMEIDA, BARTORELLI, 2001).

O estudante de Medicina, ainda inexperiente, está longe da estabilidade emocional que a vida, o conhecimento e o passar dos anos pode lhe oferecer. Roberts *et al.* (2001) entrevistaram 1027 estudantes de Medicina e encontraram sintomas psiquiátricos em 46% deles. Givens e Tija (2002), estudando uma população de estudantes de Medicina de uma Universidade da Califórnia, em San Francisco – USA, encontrou em 24% transtorno depressivo e em (2005), na Philadelphia, 20,4% dos estudantes de Medicina com depressão referiram ideias suicidas durante a graduação. Em Beirute, no Líbano, o índice foi de 27,6% para depressão e 69% para ansiedade, taxa muito maior que a encontrada, no mesmo período, em estudantes norte-americanos, em que 23% apresentavam sintomas de depressão e 41% de ansiedade. Em Hong – Kong, na China, 48% dos estudantes apresentavam sintomas depressivos. (MEHANNA; RICHA, 2006).

Pesquisas sugerem que o curso de Direito também pode produzir um efeito psicológico negativo em seus alunos, incluindo depressão, altas taxas de ansiedade, estresse e abuso de substâncias. Pressões frequentes provocam mudanças na identidade do estudante promovendo o isolamento, perda de prioridades pessoais, sensação de desamparo e alienação. Nos Estados Unidos, um estudo avaliando depressão em 105 profissões, concluiu que os advogados ocupavam o primeiro lugar em sintomas depressivos com uma taxa de duas a quatro vezes a da população geral. (BENJAMIN; DARLING; SALES, 1990). Stallman (2012) verificou elevada incidência de depressão, ansiedade, suicídio, uso de álcool e drogas entre estudantes e advogados na Austrália.

Apesar de serem mundialmente estudados e relatados em vasta bibliografia, os problemas de saúde mental dos estudantes universitários e suas possíveis consequências como somatizações, ansiedade, depressão, diminuição na forma

eficiente de trabalhar, deterioração nas relações, uso de substâncias e suicídio dentre outras, parece por vezes, ser negligenciado no contexto educacional.

A rápida identificação de estudantes em perigo pode permitir a criação de estratégias nas escolas para os desafios enfrentados por essa população e assim prestar assistência aos mais necessitados, ajudando a evitar graves consequências.

A saúde significa mais que apenas ausência de sintomas desagradáveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. A OMS define ainda que “para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida estreitamente entrelaçadas e profundamente interdependentes”. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável ao bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países.

## 1.1 OBJETIVOS

1. Avaliar a prevalência de risco para Transtornos Mentais em estudantes dos Cursos de Medicina e de Direito;
2. Identificar os principais Transtornos Mentais de risco entre estes universitários;
3. Avaliar a prevalência de risco de Transtornos Mentais de acordo com o sexo e ano do curso;
4. Estimar o risco de Transtornos Mentais de acordo com o Funcionamento Adaptativo Geral e de seus itens específicos: Amigos, Família e Educação;
5. Identificar os Itens Críticos de risco de maior prevalência;
6. Avaliar a Qualidade de Vida e o impacto do risco de Transtorno Mentais sobre seus Domínios e Percepção Geral da Saúde;
7. Avaliar a prevalência de risco de Suicídio e seus principais fatores preditivos.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) os Transtornos Mentais (TM) se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante da disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. (OMS, 1993).

Os TM só foram reconhecidos como um problema de saúde pública à partir de 1996, quando pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicaram um estudo utilizando como medida a combinação do número de anos vividos com a incapacidade e o número de anos perdido por morte prematura causada pela doença (que tem como indicador os *DALY-Disability Adjusted Life of Years* – ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), obtendo resultados que confirmaram esse reconhecimento. Nesse estudo, das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas a TM, entre elas o Transtorno Depressivo (13%), a Ingestão de Álcool (7,1%), o Transtorno de Humor (3,3%), a Esquizofrenia (4%) e o Transtorno Obsessivo Compulsivo (2,8%). (LOPEZ; MURRAY, 1998). Segundo a OMS (2010) problemas graves de saúde mental são responsáveis por 21,5% de todos os anos de vida ajustados por incapacidade.

De acordo com a OMS, condições neuropsiquiátricas (incluindo depressão e uso de álcool e substâncias) representam cerca de 14% do *Global Burden Diseases* e lideram as causas de incapacitação na população feminina e uma em cada quatro pessoas sofrerão algum transtorno mental ou comportamental em um dado momento da vida. (WHO, 2001).

Segundo Andrade *et al.* (2012) o Brasil apresentou a maior taxa de prevalência de depressão dentre 18 países que integraram o grupo de pesquisa formado por nações de alta, média e baixa renda.

Uma investigação epidemiológica recente entre os adultos na Grande São Paulo mostrou prevalência de 19,9% para Transtornos de Ansiedade, 11% para Transtornos de Humor, 4,3% para Transtorno do Controle de Impulso e 3,6% para



Abuso de Substâncias. Esses resultados representam algumas das mais altas estimativas de prevalência entre as cidades de todo o mundo. (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Desde 2008 alguns pesquisadores iniciaram uma campanha apresentada ao mundo, que parte do princípio “*no health without mental health*” (PRINCE *et al.*, 2007; PATEL *et al.*, 2008) que incentiva a busca social e científica pela saúde mental.

Muitos países têm desenvolvido seus estudos sobre a qualidade de vida da população em geral, pois os avanços da tecnologia e da Medicina proporcionaram oportunidades nunca antes imaginadas e todos almejam viver bem e por mais tempo. (SUPE, 1998; LEE; GRAHAM, 2001; SAUPE *et al.*, 2004). O conceito de Qualidade de Vida (QV) é uma preocupação antiga, Epicteto, filósofo do Estoicismo, que viveu no império romano entre 55 e 135 d.C., influenciou grandes pensadores com suas obras, que buscavam respostas de como viver com qualidade, tranquilidade e sabedoria. Considerava que a vida cotidiana apresentava dificuldades nos mais variados graus, mas que as pessoas tinham que ser auxiliadas a enfrentarem de maneira adequada seus desafios. (LEBELL, 2000).

As ciências sociais, humanas, biológicas e políticas partilham das mesmas ideias, no sentido de valorizar o controle de doenças, sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida, todos com o mesmo esforço de não somente prolongar os anos de vida, mas permitir vivê-la integralmente, tanto na dimensão qualitativa quanto na quantitativa. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; MOREIRA, 2001). Em 1946 a OMS tentou estabelecer os códigos éticos modernos para o benefício do indivíduo definindo saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência da doença e de enfermidade”. (FLECK, 2000).

O termo “Qualidade de Vida” envolve, portanto, uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamento, incluindo – mas não se limitando a elas – sua condição de saúde e as intervenções médicas. (FLECK *et al.*, 2008). Portanto, a percepção de qualidade de vida assume aos olhos de cada observador os contornos de sua sensibilidade, sua cultura, sua condição social e econômica, planos e frustrações. (MOREIRA, 2001). Assim, a OMS definiu, pela primeira vez, qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” resultado de

estudos do projeto *WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE - Group (WHOQOL-Group)*, que considera subjetividade e fatores transculturais, não podendo, portanto, ter um conceito universal. (FLECK, 2000; DINIZ; SCHOR, 2006). Com base nesse conceito, a OMS passou a desenvolver um instrumento de avaliação multidimensional, baseado no pressuposto de que a qualidade de vida é composta de dimensões positivas (como a mobilidade) e negativas (como a dor) e que valorizasse a percepção subjetiva do indivíduo. Destaca-se que um dos motivos que gerou interesse no desenvolvimento do *WHOQOL-100*, atualmente disponível em 20 idiomas, foi a possibilidade de utilizar um método para utilização em diferentes culturas com mais adequação. (FLECK; CHAHAMOVICH, 2008).

Estudos indicam que os adultos jovens diferem de pessoas idosas em relação à sua percepção sobre sua qualidade de vida. O jovem considera sua saúde mental como fundamental para avaliar a sua saúde, enquanto que pessoas mais velhas consideram sua saúde física como mais importante. (WOLF, 1994; TOSEVSKI; MILOVANCEVIC; GAJIC, 2010; PEKMEZOVIC *et al.*, 2011).

Apesar de ser muito importante saber sobre a saúde dos estudantes, principalmente devido ao fato de que hábitos adquiridos e consolidados durante o período da juventude são mais difíceis de mudar com o passar do tempo, as informações sobre a saúde dos estudantes e seus estilos de vida relacionados à saúde física e mental ainda são escassos. (DYRBYE *et al.*, 2010).

Estudos comparativos entre a qualidade de vida do estudante universitário e a população geral da mesma idade demonstraram piores resultados no primeiro grupo. (BROWN, 2000; VAEZ; KRISTENSON; LAFLAME, 2004; SILVA, 2006; BARBIST *et al.*, 2008; DYRBYE *et al.*, 2010).

Sintomas depressivos são três vezes mais prevalentes entre adolescentes e adultos jovens, faixa que compreende o estudante universitário, do que entre crianças e adultos mais velhos. (WARE *et al.*, 1995; MASLIC; VULETIC, 2006). Além disso, três de quatro problemas de saúde mental entre adultos tiveram início antes dos 24 anos. (DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2006).

Transtornos Mentais tem sido frequentemente observado entre os estudantes universitários. (WARE; SHERBOURNE, 1992; WARE *et al.*, 1995; TOSEVSKI; MILOVANCEVIC; GAJIC, 2010; PEKMEZOVIC *et al.*, 2011). Esses estudantes constituem um grupo especial em relação às questões de saúde. São ainda muito jovens, submetidos à diferentes tipos de estressores, tais como pressões acadêmicas,

questões sociais, problemas financeiros, ambiente competitivo e futuro incerto. (CARSON *et al.*, 2000; FAYERS; MACHIN, 2002; TOSEVSKI; MILOVANCEVIC; GAJIC, 2010). E como tal, estão propensos ao desenvolvimento de problemas mentais que podem afetar o desempenho acadêmico e a qualidade de vida. (ROSAL *et al.*, 1997; DYRBYE *et al.*, 2010; TOSEVSKI; MILOVANCEVIC; GAJIC, 2010).

Muitos desses estudantes irão apresentar o seu primeiro episódio psiquiátrico durante a graduação e, segundo uma revisão, 12% a 18% dos universitários apresentam alguma doença mental diagnosticável. (MOWBRAY *et al.*, 2006). Cavestro e Rocha (2006) estimaram que, no Brasil, 15% a 25% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de TM durante sua formação acadêmica.

Muitos estudantes universitários iniciam o curso ainda adolescentes, em alguns casos tem pela primeira vez a experiência de sair de casa e morar sozinho, afastados da família e dos amigos, e com isso vem a insegurança com o cuidar de si, sem a garantia de sucesso no estabelecimento e manutenção de novos vínculos afetivos, além do contato com muitos alunos que, como na época do vestibular, continuarão sendo seus concorrentes. Desta forma, a expectativa de poder experimentar um ambiente menos exigente e competitivo não acontece. (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Embora a saúde mental e a identidade do futuro profissional sejam questões distintas, no campo profissional elas podem se sobrepor. O enfrentamento de conflitos que surgem ao longo da formação do aluno pode deixar marcas em sua identidade profissional e produzir sintomas de adoecimento. (CAMON, 2001).

Com os avanços no conhecimento científico na área da saúde mental foi estabelecido o termo Transtornos Mentais Comuns (TMC), também conhecido como Transtornos Psiquiátricos Menores que embora não preencha os critérios formais para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, podem apresentar sintomas tão proeminentes e trazer uma incapacidade funcional comparável a alguns quadros crônicos já bem estabelecidos. (TOFOLI, 2006). Sintomas desses transtornos incluem dificuldade de concentração e tomada de decisão, esquecimento, insônia, irritabilidade, fadiga, assim como queixas somáticas como cefaleia, falta de apetite, tremores, má digestão, entre outros. Nestes tipos de transtornos não estão incluídos os transtornos psicóticos, dependência química ou transtorno de personalidade. (GOLDENBERG; HUXLEY, 1992).

Ser portador de TMC pode de maneira importante trazer à pessoa sofrimento psíquico e um impacto negativo nos relacionamentos e na qualidade de vida, comprometendo o desempenho nas atividades diárias, sendo potencial substrato para o desenvolvimento de transtornos mais graves. (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Em países desenvolvidos, na população geral, a prevalência de TMC varia de 7 a 30%. No Brasil, em Pernambuco, essa prevalência na população geral foi de 35% e em Pelotas de 26%, para ambos os sexos. (LUDEMIR, 2008). Um estudo transversal avaliou uma amostra de 421 estudantes dos cursos de Medicina e de Direito de uma Universidade de Pelotas (RS) com média de idade 23 anos utilizando o instrumento *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e registrou prevalência de TMC de 20% entre os estudantes de Medicina e 17,5% nos de Direito. (VOLCAN *et al.*, 2003).

Muitos estudos centraram seus interesses em estudantes universitários que são, dependendo do curso, expostos a fontes de tensão desde o processo de entrada até o final da graduação, seguido ainda da pós-graduação. Muitos universitários passam por várias alterações psicológicas em sua transformação de jovem estudante inseguro à profissional eficiente. O sacrifício pessoal e social que tem que fazer, a fim de manter um bom resultado acadêmico em um ambiente altamente competitivo, o coloca sob um elevado grau de estresse. (LOBO; KISSLING, 1984; KAYA *et al.*, 2007; COSTA *et al.*, 2010). Diante de situações repetitivas de estresse o organismo tende a reagir com componentes físicos e/ou psicológicos como reações de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de alerta sempre que há um confronto com situações que provoquem sobrecarga, irritabilidade, medo, excitação ou confusão. Ele se mostra como um processo e não uma reação única, uma vez que um longo processo bioquímico se instala quando a pessoa se depara várias vezes com o estressor, tendo como resultado a quebra da homeostase interna, exigindo uma nova forma de adaptação. (LIPP, 1996). E todos os fatos ou situações que envolvem a adaptação a mudanças, sejam eles positivos ou negativos, constituem-se em estressores importantes, em razão da necessidade de o indivíduo despende energia adaptativa para lidar com esses eventos. (LIPP, 1996).

Em geral, o processo de estresse desencadeia-se em três fases: alerta, resistência e exaustão, uma quarta fase foi acrescentada a essas, a de quase exaustão, que se encontra entre a segunda e a terceira e caracteriza-se pelo enfraquecimento do indivíduo, que não consegue mais adaptar-se ou resistir ao estressor, mas apesar do desgaste, ainda é capaz de trabalhar e “funcionar” até certo

ponto. (LIPP, 2000). O contrário ocorre na fase da exaustão, quando o indivíduo para de “funcionar” adequadamente não conseguindo, na maioria das vezes, trabalhar ou concentrar-se.

A resposta ao estresse pode produzir sintomas que vão desde a apatia, depressão, desânimo e sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, até raiva, ira, irritabilidade e ansiedade, além de ter possibilidade de desencadear surtos psicóticos e crises emocionais. (LIPP, 2000; DAHLIN; JONEBERG; RUNESON, 2005). Sabe-se que além de desencadear sintomas psicológicos, o estresse pode contribuir para a etiologia de várias doenças, além de afetar a qualidade de vida individual e de populações específicas. (LIPP, 2000; LOUREIRO *et al.*, 2008).

Eisenberg *et al.* (2007) realizaram um estudo visando identificar a relação entre a saúde mental do estudante universitário e seu desempenho acadêmico e encontraram depressão em 14% deles, ansiedade em 3% e transtornos alimentares em outros 3%, sendo que sobre os estudantes do sexo feminino incidiram taxas mais elevadas.

Um estudo, abrangendo 554 estudantes da Universidade de Santiago de Compostela na Espanha, indicou que 8,7% da população estudada tinha episódio de depressão maior, 81,3% humor deprimido e 79,2% alterações do sono, sendo mais prevalente entre as mulheres. Pensamento suicida foi observado em 0,6% dos estudantes e tentativa de suicídio em 0,2%. Trezentos e dez estudantes (56%) tinham sofrido o primeiro episódio de depressão antes dos 18 anos e 44% com mais de 18 anos, o que sugere que estudantes universitários ainda estão numa idade em que episódios de depressão trazem consigo um alto índice de recorrência. (VÁZQUEZ; BLANCO, 2008).

Mikolajczyk (2008), utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI) visando comparar a prevalência de sintomas depressivos em estudantes universitários de países da Europa Oriental e Europa Ocidental, observou depressão em 90% dos estudantes da Bulgária e Polônia, 85% na Alemanha e 92% na Dinamarca, num total de 2.651 investigados. Ser do sexo feminino e problemas financeiros estiveram associados com níveis mais altos de depressão.

Ramirez, Hernandez e Garcia-Campayo (2009), estudando universitários do norte do México, utilizando o Questionário de Saúde do Doente para verificar sintomas psicossomáticos, o Inventário de Depressão de Beck e a Escala Social para Ansiedade encontraram 25,5% de sintomas psicossomáticos de intensidade média e

alta, sendo que 8% deles apresentavam depressão grave e 2% níveis elevados de ansiedade. Observaram associação entre a intensidade dos sintomas psicossomáticos como dores de cabeça, dores nas costas e dificuldade no sono com os níveis de depressão e ansiedade.

No Brasil, Cerchiari, (2004) utilizando o instrumento *General Health Questionnaire* (GHQ-60) em 558 estudantes da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, encontrou prevalência de 25% de TMC. Facundes e Ludermir (2005), utilizando o instrumento *SRQ-20* em 443 alunos da Universidade Federal de Pernambuco, encontraram prevalência de TMC de 34,1% associado a não residir com os pais.

Um estudo realizado com 146 estudantes de pós-graduação da área da saúde da Universidade Federal de São Paulo registrou alto nível de estresse. Os que procuraram ajuda por problemas psicológicos e/ou psiquiátricos se destacaram por apresentar dois tipos de problemas: crises situacionais adaptativas e crises psicopatológicas. Transtorno Depressivo e de Ansiedade foi observado em 44% dos casos fazendo com que 4,5% deles tivessem que ser temporariamente afastados de seus estudos; 19,2% referiram ter usado drogas psicotrópicas no mês anterior, 47,9% relataram algum tipo de distúrbios de sono, 13,7% eram fumantes, 18% mencionaram tendências suicidas, 56,8% afirmaram terem ingerido bebida alcoólica, porém não ficaram embriagados, 34% já tinham realizado tratamento psicológico ou psiquiátrico e 22% tinham história de problemas psiquiátricos na família. (NOGUEIRA-MARTINS *et al.*, 2004).

Entre os cursos universitários, os de Direito e de Medicina apresentam a característica de ter consequências diretas sobre a vida humana, o que pode se tornar estressante para os estudantes. (HELMERS *et al.*, 1997). Em geral, é frustrante para o aluno o contato inicial com esses cursos, ocasião em que se depara apenas com disciplinas básicas e sensação de adiamento de seu ingresso na formação profissional propriamente dita. O desencanto aumenta com o resultado das primeiras provas, quando as notas não costumam corresponder a alta expectativa de alguns que estavam habituados a serem alunos de destaque e assim reconhecido pelos outros e por si mesmo. A consequência pode ser um sentimento de desvalia ou até mesmo uma verdadeira crise de identidade somado à angústia da sensação de esquecimento de toda a matéria estudada ao final de cada conteúdo. (CERQUEIRA, 1991). Em geral o aluno encontra pouco espaço para expressar suas emoções bem como para suas

dúvidas e desistir pode ser visto como uma fraqueza. Sob essa perspectiva negligencia seus aspectos emocionais considerando-os prejudiciais ao seu desempenho acadêmico buscando eliminar suas emoções com o objetivo de que não interfiram no seu futuro trabalho profissional. (QUINTANA; ARPINI, 2002). Assim, o lidar sozinho com sua angústia pode causar prejuízo em sua vida acadêmica e pessoal. (QUINTANA *et al.*, 2004).

A qualidade de vida e os TM em estudantes do curso de Medicina vem sendo alvo de estudos em vários países e tem-se observado que fatores estressantes podem contribuir para o aparecimento de TM nesses estudantes (ALMONDES; ARAÚJO, 2003; DYRBYE *et al.*, 2006; CAVESTRO; ROCHA, 2006; SILVA, 2006; KAIGANG; NOY; NATTIPORN, 2009; PARO, 2009), porém menos se sabe sobre os acadêmicos do curso de Direito devido aos poucos trabalhos publicados nessa área, principalmente no Brasil. (LIPP; TANGANELLI, 2002; LIMA; DOMINGUES; RAMOS-CERQUEIRA, 2006; CHEHUEN, *et al.*, 2008).

Foi a partir do século XX que os estudos sobre problemas emocionais relativos à saúde mental do médico tiveram relevância. Na década de 1950 foram realizadas diversas conferências na Europa com o objetivo de discutir aspectos relacionados com a saúde mental do estudante de Medicina e suas dificuldades psicológicas. Desde então, centenas de trabalhos foram publicados sobre o tema, utilizados como estímulo para a criação de serviços de assistência psicológica e psiquiátrica ao estudante de Medicina em diversos países, necessidade que já havia sido apontada por Stewart, na Universidade de Princeton, nos Estados Unidos da América (EUA), em 1910. (MILLAN; ARRUDA, 2008). Nessa época já era importante a preocupação em identificar fatores que pudessem precipitar o surgimento de TM entre os estudantes, pois dessa forma a adoção de medidas preventivas poderiam evitar ou amenizar seu aparecimento.

O início da carreira do estudante de Medicina se dá antes mesmo de seu ingresso na universidade, pois passa por um vestibular que apresenta um dos mais altos índices de candidatos por vaga nas universidades brasileiras. Esta opção traz consigo mudanças fundamentais na vida do jovem estudante em plena adolescência. Além da competição do vestibular, se obriga a precocemente aprender a renunciar a desejos, prazeres, horas de lazer e a companhia de amigos e familiares. (SUPE, 1998; COSTA; MATTOS; SILVA, 2001; LIMA; DOMINGUES; RAMOS-CERQUEIRA, 2006).

Eles serão os futuros médicos, profissão idealizada como aquela que irá possibilitar um alto grau de satisfação para aquele que obtiver uma vaga e concluir a formação. Para muitos, “*o médico deve ter como característica ser inteligente, estudioso, sensível, seguro, inspirar confiança, saber dosar trabalho e lazer, estar sempre disponível, ser competente tecnicamente, saber compreender o paciente...*”, porém o que se verifica é um embate nada tranquilo entre a idealização do papel do médico e a realidade da formação profissional, sendo esta vivida com diferentes graus de sofrimento emocional. (BJORKSTEIN *et al.*, 1983; MILLAN *et al.*, 1999).

Muitos cursos de Medicina apresentam grande interesse na aprendizagem de seus alunos, com aprimoramento em diversas formas de intervenção, atualização de ensino e melhoria das equipes profissionais, mas essa preocupação não é evidenciada em relação a saúde mental do aluno. (LEE; GRAHAM, 2001).

A escola médica pode impor um estresse físico e psicológico significativo ao estudante, principalmente pela da pressão do tempo, grande quantidade de informações, exigências acadêmicas com excesso de horas de estudo, provas, grande pressão psicológica, convívio com doença, dor, sofrimento, morte e a conscientização que ao final de sua formação será diretamente responsável pela saúde e bem-estar das pessoas. (BROMBERG, 1998).

É considerável o grau de morbidade psicológica relatado nos últimos anos por de diferentes instrumentos em estudantes de Medicina que compreendem o *stress*, problemas interpessoais, depressão, ideação suicida e outros. (DAHLIN; RUNESON, 2007).

Esses relatos têm originado uma preocupação de como a angústia dos alunos pode afetar sua aprendizagem, seu desenvolvimento pessoal e profissional e o contato com o paciente, além de ser um preditor para problemas de saúde mental, incluindo o suicídio, se não tratados. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001; TYSSSEN *et al.*, 2004; DYRBYE *et al.*, 2006).

Uma pesquisa realizada nos EUA com 3.080 estudantes de cinco escolas médicas, tendo como principal instrumento o Inventário de Depressão de Beck, encontrou 49% deles com sintomas depressivos e 47% com Síndrome de *Burnout*. (DYRBIE *et al.*, 2007).

Um estudo sueco utilizou o SRQ-20 e encontrou prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes de Medicina de 12,9%, sendo que em um total de 2,7% deles havia tentativas de suicídio. (DAHLIN; JONEBORG; RUNESON, 2005).



Em outro estudo, na Estônia, 21,9% dos estudantes do mesmo curso apresentaram sintomas de ansiedade e 30,6% de depressão. (ELLER *et al.*, 2006).

Alguns estudos têm registrado prevalência de depressão em estudantes de Medicina em diferentes países utilizando o instrumento SRQ-20; na Grã-Bretanha de 31,2%, no Nepal 20% e no Paquistão 60%, respectivamente. (INAM; SAQIB; ALAM, 2003; SREERAMAREDDY *et al.*, 2007; MANNAPUR *et al.*, 2010).

Um estudo comparou estudantes de Medicina na Universidade de Saint-Joseph, em Beirute, com estudantes de química da mesma universidade, utilizando como instrumentos o Inventário de Beck para Depressão e o de Hamilton para Ansiedade. Não foi observada diferença na prevalência de depressão e ansiedade entre os cursos, entretanto taxas elevadas foram vistas entre os alunos de Medicina (Depressão = 27,6%; Ansiedade = 69,0%). (MEHANNA; RICHA, 2005). Um estudo americano encontrou índices de 23% para depressão e 41% para ansiedade, mas inferior aos resultados para depressão encontrados em uma escola médica em Hong-Kong (44,3% e 79,2%, respectivamente) com maiores índices no 4º ano. (CHAN, 1991).

Na *Nishar Medical College*, em Multan, no Paquistão, um estudo realizado com 482 estudantes de Medicina através do *Aga Khan University Anxiety and Depression Scale* (AKUADS), encontrou alta prevalência de ansiedade e depressão (43,9%), sendo estas taxas de 45,9%, 52,6%, 47,1%, 28,3% e 45,1% para o 1º, 2º, 3º, 4º e dois últimos anos, respectivamente. Observou-se associação com a dificuldade do aluno para lidar com agentes estressores específicos da escola médica somados aqueles da vida cotidiana. (JADOON *et al.*, 2010).

Duzentos e noventa estudantes (82,8%) de uma escola de Medicina na Turquia responderam o instrumento *HADS* (*Hospital Anxiety Depression Scale*). Destes, 20,3% apresentavam sintomas de ansiedade e 29,3% de depressão; sendo esta última mais frequente no sexo feminino (20,7% *versus* 8,6%). Em contraste com outros estudos foi observado que os homens eram mais solitários, o que pode ser consequência de fatores culturais. (KARAOGLU; SEKER, 2010).

No Brasil, em duas escolas de Medicina no Ceará, utilizando o instrumento de Beck obteve-se prevalência de 28,8% de depressão com predomínio no sexo feminino. A incerteza quanto ao futuro profissional, desejo de mudança de curso, não participação em atividades sociais, dificuldade de relacionamento, atividades de lazer raras ou esporádicas estiveram associadas a maior chance de desenvolver sintomas

depressivos. (PAULA *et al.*, 2014). Este aumento dos níveis de tensão e consequentemente depressão indica um decréscimo de saúde psicológica dos alunos que, além do sofrimento emocional, pode também prejudicar o relacionamento pessoal e social, diminuir a aprendizagem e a relação médico-paciente. (ABDULGHANI, 2011). As mulheres, na maior parte dos estudos, foram as mais comprometidas e esta é uma tendência também na população geral em relação à prevalência da depressão. (SADOCK; SADOCK, 1998).

Os estudantes de Medicina estão expostos ao estresse durante sua formação acadêmica em decorrência de várias situações de impacto, de acordo com estudos realizados em vários países. O despreparo para lidar com essas situações pode trazer repercussões importantes em seu desempenho acadêmico, em sua saúde e em seu bem-estar psicossocial. (THOMAS *et al.*; 2007; GOEBERT *et al.*, 2009).

Um estudo desenvolvido na Universidade Católica do Chile verificou que 91% dos estudantes de Medicina haviam experimentado um estado de tensão que variou de 3 a 4 dias até vários meses. A sintomatologia apresentada envolvia tensão muscular, inquietude, ansiedade, irritabilidade intensa, sintomas somáticos em diferentes órgãos, cansaço diante de esforços habituais ou esgotamento permanente acompanhados de desinteresse ou falta de concentração mental com aumento dos sintomas no 3º ao 5º ano, sendo predominante no 5º ano. Os alunos mencionaram como principal causa de estresse exigências acadêmicas como as provas, a quantidade de material a ser estudado e dificuldade para ser aprendido em curto período, falta de tempo para os familiares, amigos, lazer e para desenvolver suas aspirações afetivas e espirituais. (PALLAVICINI; VENEGAS; ROMO, 1988; POLO; HERNÁNDEZ; POZO, 1996).

É importante considerar características inerentes aos estudantes de Medicina que podem deixá-lo mais vulnerável ao estresse como o perfeccionismo e padrões mais rígidos para suas expectativas e exigências. O estudante pode sentir-se culpado por não saber tudo e não corresponder às expectativas nele depositadas e assim ficar paralisado pelo medo de errar. Esses quadros caracterizam-se por sentimento de desvalia, raiva, impotência, fracasso e desesperança que por muitas vezes são responsáveis por ideias de abandono do curso, depressão, somatizações e suicídio. (RAMIREZ *et al.*, 1996). Em comparação com a população em geral, o estudante de Medicina tem mais angústia, ansiedade e depressão. (LLOYD; GARTRELL, 1984; ROSENTHAL; OKIE, 2005; DYRBIE *et al.*, 2006).

Longas horas de trabalho, falta de apoio dos pares, ambiente competitivo, autoritário, rígido, falta de apoio dos professores, desequilíbrio entre vida acadêmica e pessoal, falta de atividades recreativas, ficar longe de casa, problemas financeiros, o concurso de residência médica, incerteza do futuro, situações de emergência, questões de decisões rápidas, vida e morte, questões culturais e incompatibilidade entre capacidade e expectativa são algumas das razões do estresse desses estudantes. (SUPE, 1998; WOLF, 1994).

O próprio meio ambiente onde o aluno irá desempenhar suas atividades pode representar uma pressão constante. Em algumas Universidades o sistema é autoritário e rígido, estimulando a competição ao invés da cooperação entre os alunos. Estudos sugerem que o estado de saúde mental do estudante de Medicina se agrava quando inicia seus estudos e pode continuar durante todo o período do curso quando serviços de apoio, orientação, prevenção e intervenção não são oferecidos pela universidade. (STYLES, 1993). Em um estudo prospectivo de 5 anos, os alunos de Medicina foram avaliados no 1º ano e em seguida no 4º e 5º ano. Verificou-se que os estudantes que apresentaram algum TM no início da graduação mantiveram o comprometimento durante todo o curso. (GUTHRIE *et al.*, 1998).

Foram também encontradas várias evidências de que o estresse durante o período de graduação pode prever problemas emocionais posteriores durante a residência, pós-graduação e na vida prática do médico. (ROBERTS, 1991; ROSVOLD; BJERTNESS, 2001; TYSSSEN *et al.*, 2004) e pode atingir o nível de *Burnout* caracterizada por um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente relacionada à vida profissional. (WILLCOCK *et al.*, 2004; TYSSSEN *et al.*, 2005).

Em três Universidades Britânicas a prevalência de estresse em estudantes de Medicina foi de 31,2%. (FIRTH, 1986). Em uma escola de Medicina Tailandesa 61,4% (SAIPANISH, 2003) e 41,9% na Malásia. (SHERINA; RAMPAL; KANESON, 2004).

Um estudo no Reino Unido que avaliou os efeitos negativos na educação médica demonstrou que devido ao fato do curso ser longo e envolver muito cansaço físico e sofrimento psíquico, a terça parte dos estudantes diagnosticados com TM não conseguiu se formar. (SALMONS, 1983).

Na Arábia Saudita utilizou-se como instrumentos de avaliação em estudantes de Medicina o Inventário de Depressão de Beck (SHERINA; RAMPAL; KANESON, 2004), o *General Health Questionnaire* (GHQ) (FIRTH, 1986) e o K10 – *Kessler*

*Psychological Distress Scale* (que vem sendo utilizado para medir o nível de sofrimento e gravidade associados a sintomas psicológicos), também utilizados pela OMS. (KESSLER *et al.*, 2002; KILKKINEN *et al.*, 2007). Neste estudo a prevalência de estresse foi maior no 1º ano (74,2%), sendo seguido pelo 2º ano (69,8%), 3º ano (46,8%), 4º ano (30,4%) e 49% foi observado no 5º ano. Constatou-se prevalência de sintomas físicos associada significativamente com os níveis de estresse. Neste estudo o 1º ano foi o mais estressante, porém a literatura descreve um aumento de estresse progressivo durante o curso. Esses resultados podem ser explicados pelo fato dos alunos serem capazes de desenvolver mecanismos com a ajuda do sistema de apoio oferecido por essa universidade desde o primeiro dia do curso, porém não foi possível responder se o estresse causava problemas físicos ou vice-versa. (HELMERS *et al.*, 1997; DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2005; NIEMI; VAINIOMARKI, 2006).

Embora sejam também encontrados padrões de comportamento disfuncionais em outros cursos e profissões, pesquisas entre os estudantes de Direito demonstram o caráter contraditório do seu ensino. O sistema jurídico incentiva uma visão do mundo que promove entre esses estudantes sentimentos de desconfiança, estresse, hostilidade e até agressão. (BECK; SALES; BENJAMIN, 1995). Tal visão provoca menor taxa de sobrevivência ao longo da vida profissional por um período de 30 anos segundo um estudo desenvolvido pela *University of North Caroline* (EUA), com estudantes desde o primeiro ano. Este estudo demonstrou que os estudantes que obtiveram uma pontuação de hostilidade acima da média foram 4 vezes mais propensos a morrerem prematuramente devido a doença cardiovascular do que os com pontuação menor. (BAREFOOT *et al.*, 1989). Benjamin, Darling e Sales (1990) verificaram que 4% dos estudantes de Direito sofriam de depressão ao entrar na universidade, observando que a maioria era saudável e, que ao final do primeiro ano, 20% desenvolveram sintomas de depressão e 40% ao final do terceiro ano. Foi verificado também que a depressão não foi a única consequência negativa; álcool e drogas também desempenharam um importante papel no desenvolvimento dos TM.

Outras pesquisas também reforçam a tese de que o estudante de Direito experimenta um ambiente altamente competitivo e alienante, onde muitas vezes ele perde a autoconfiança e sua motivação para o aprendizado e isola-se socialmente, o que contribui para o desenvolvimento de TM. (SHANFIELD; BENJAMIN, 1985; DAMMEYER; NUNEZ, 1999; HESS, 2002). Frequentemente eles experimentam, durante o período acadêmico, fortes emoções como sentimento de tristeza com

histórias traumáticas, entusiasmo com uma vitória justa, raiva com injustiças e, mesmo assim, pensam, escrevem e falam com clareza e aparente tranquilidade. Muitas vezes, em sua vida profissional, se sentem esgotados tanto para desenvolver com qualidade seu trabalho, como sua vida pessoal. Cabe a habilidade, cautela e compreensão dos professores para orientar o estudante, ainda jovem e inexperiente, a lidar com temas que provocam tais emoções. (SOONPAA, 2004).

Estudos sugerem que a experiência do curso de Direito pode produzir um efeito psicológico negativo nos alunos, incluindo altas taxas de ansiedade, depressão, estresse e abuso de substâncias. (PETERSON; PETERSON, 2009). Pressões intensas e frequentes vividas durante a vida acadêmica podem promover o isolamento, a perda de prioridades pessoais e sensação de desamparo, podendo seguir para a vida profissional bem como contribuir para o aumento de taxas de abuso de substâncias. (SOONPAA, 2004).

Dammeyer e Nunez (1999) verificaram que 44% dos estudantes de Direito apresentavam níveis clinicamente elevados de angústia e de abuso de substâncias sendo que, após a graduação, o mesmo estudo observou que 70% dos advogados tiveram problemas com álcool em algum momento de sua vida. Krieger (2004) sugeriu que as escolas de Direito podem provocar um afastamento da própria identidade e dos valores pessoais dos alunos e que essa mudança pode precipitar diminuição da motivação interna, causando sofrimento e baixa autoestima. Segundo Mertz, (2000) o processo de “pensar como um advogado” enfatiza o raciocínio lógico e prático de argumentos jurídicos e minimiza ou ignora o lado ético da situação em questão, além de diminuir a conexão com os sentimentos e valores. (MIXON; SCHUWERK, 1995; SELLS; BLUM, 1996; HESS, 2002).

Eaton *et al.* (1990) concluíram que advogados apresentam maiores taxas de depressão em relação a outras profissões. Da mesma forma, Beck *et al.* (1995) encontraram níveis de depressão e ansiedade de cinco a quinze vezes maiores nesses profissionais em relação à população geral, indicando que com o término da graduação e o início da carreira ocorre um aumento dos sintomas como ansiedade, depressão, hostilidade e até mesmo paranoia. (BENJAMIN *et al.*, 1986; DAMMEYER; NUNEZ, 1999).

Avaliação, intervenção e estratégias de apoio ao estudante, desde o primeiro ano, podem ajudar a melhorar e prevenir sofrimentos psíquicos, pois ajuda o aluno a fazer a transição e adaptação para o ensino superior, ao estimular sua independência

e desenvolver estratégias para vencer as dificuldades, visto que elas têm um impacto significativo na diminuição do estresse e ansiedade, contribuindo assim para a diminuição dos TM. (HESS, 2002).

O uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e outras drogas) pelo estudante universitário tem transcendido a categoria de “problema de saúde”. É considerado hoje um problema global, interferindo na área da saúde, na área social, econômica e política. O seu uso traz prejuízos e afeta não só o próprio usuário, mas também as pessoas que o cercam. (PEREIRA, 2009).

A caracterização do cenário mundial em relação ao consumo de substâncias psicoativas revela que, em 2007, 172 milhões de pessoas utilizaram algum tipo de droga ilícita, sendo a maconha a de maior prevalência. (UNODC, 2008). Além dessas estimativas, cerca de 20 a 38 milhões de pessoas no mundo são usuários problemáticos, ou seja, sofrem danos maiores em relação ao consumo de drogas e tornam-se dependentes. (UNODC, 2009).

O uso do tabaco e álcool, em razão da licitude, transcende as demais substâncias, o que dificulta o aprimoramento de estratégias de prevenção e tratamento. Sabe-se que, apesar de ampla divulgação e campanhas sobre os males causados pelo tabaco, cerca de 25% da população mundial adulta ainda fuma (UNDOC, 2009) e, dentre esses, calcula-se que a metade morrerá devido a alguma condição associada ao tabagismo, como variadas formas de câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares, entre outras. (HENNINGFIELD *et al.*, 2005). Embora os benefícios de interromper o uso do tabaco sejam maiores quanto mais precoce, deixar de fumar é sempre benéfico em qualquer momento, pois resulta na melhora do prognóstico e da qualidade de vida. (HENNINGFIELD *et al.*, 2005).

Em relação ao uso de álcool estima-se que quase dois milhões de pessoas no mundo consomem bebidas alcólicas, o que pode estar associado a aproximadamente 60 tipos de transtornos e doenças. (ANDERSON; CHISHOLM; FUHR, 2009; REHM *et al.*, 2009).

No Brasil, até 2007 havia na literatura apenas 12 publicações referentes ao consumo de substâncias psicoativas entre universitários brasileiros, sendo a maioria dessas publicações da região sudeste e do estado de São Paulo. (ANDRADE *et al.*, 2001).

Estudar os efeitos do uso de substâncias em estudantes universitários é fundamental, uma vez que muitos deles experimentam pela primeira vez desafios que

aumentam a demanda no nível individual, interpessoal, acadêmico e social. Além de ampliarem sua autonomia individual em relação à anterior proteção do lar e ao controle dos pais, podem enfrentar desafios de maior exigência no aprendizado em diferentes fases dos cursos, de formar novas amizades e lidar com a influência de pares. Todos esses fatores associados com as propagandas, facilidade de obtenção de algumas substâncias psicoativas e personalidade ainda em formação, podem caracterizar o período da faculdade como uma fase de maior risco para o uso e abuso de substâncias, principalmente para o jovem que tem vulnerabilidade individual. (KARAN; KYPRI; SALAMOUN, 2007). Segundo esses mesmos autores, a principal causa de ferimentos e morte entre estudantes universitários e adultos jovens nos EUA é o padrão de beber tipo *binge drinking* (“beber pesado episódico”).

O uso de substâncias psicoativas entre adolescentes e jovens é tão relevante que nos EUA um estudo prospectivo acompanha há 20 anos a prevalência do uso de drogas entre escolares desde o início da adolescência até a idade adulta, tendo como foco principal a fase universitária. Trata-se do projeto *Monitoring the Future*, um levantamento nacional que tem sido adaptado e executado pela Universidade de Michigan. (JOHNSTON *et al.*, 2009). Nesse estudo, 18,9% dos estudantes universitários se declararam usuários de algum tipo de droga ilícita, 69% fizeram uso de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, nos últimos 12 meses e para a vida, enquanto na população geral foi de 41,7% na mesma faixa etária, assim como foram superiores a frequência de *binge drinking* (“beber pesado episódico”) e de “embriaguez nos últimos 30 dias”. (JOHNSTON *et al.*, 2009).

O uso de substâncias psicoativas entre jovens tem sido maior em países em desenvolvimento quando comparado a dos países desenvolvidos. (UNDOC, 2009). Na América Latina, jovens entre 18 e 24 anos, principalmente universitários, apresentaram as mais altas taxas de prevalência de uso de drogas lícitas e ilícitas na vida e nos últimos 12 meses. (MARTENS *et al.*, 2006).

Em 2010 o Brasil possuía 2.252 instituições de ensino superior, totalizando mais de 5,8 milhões de estudantes universitários. Nesse período, um estudo em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), órgão do Governo Federal responsável por coordenar a implementação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e da Política Nacional sobre o Álcool (PNA), em parceria com o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GREA/FM USP), realizaram o “Levantamento Nacional

sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas” com 18 mil estudantes universitários das 27 capitais brasileiras. Observou-se que quase 49% dos universitários pesquisados já haviam experimentado alguma droga ilícita ao menos uma vez na vida e 80% dos entrevistados, que se declararam menores de 18 anos, afirmaram já ter consumido algum tipo de bebida alcóolica. Laranjeira *et al.* (2007) realizaram o “I Levantamento Nacional sobre padrão de consumo de álcool na população brasileira” e constataram que o consumo de bebidas tem se iniciado cada vez mais cedo (de 13,9 a 14,6 anos) e observaram que cerca de 16% dos jovens já passaram por algum tipo de experiência com padrão *binge drinking* (“beber pesado episódico”).

Esforços internacionais têm sido realizados em diversos locais do mundo para o entendimento do consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Na Etiópia, um estudo verificou associação entre o consumo de drogas e abuso sexual entre universitários e constatou que aproximadamente 15,8% dos estudantes referiram história de abuso sexual com abuso de álcool ou de *Catha Edulis*, um estimulante natural presente em plantas nativas do continente africano. (PHILPART *et al.*, 2009). No Líbano, percebeu-se aumento do consumo de álcool entre mulheres universitárias, mesmo entre as muçulmanas. (KARAM; MAALOUF; GHANDOUR, 2004). Entre os universitários Tailandeses, 17% referiram uso de tabaco (SIRICHOTIRATANA *et al.*, 2008) e em estudantes em Taiwan o consumo de álcool foi relacionado à extroversão, sendo que esses mesmos alunos apresentaram maior risco para TM e suicídio. (GAU *et al.*, 2009).

A possibilidade de alívio do sofrimento psíquico tem sido descrita como um dos fatores que aumentam a adesão das pessoas jovens às substâncias psicoativas. O alívio obtido com o consumo também tem sido considerado como fator predominante na manutenção do uso e da dependência química. (BROOK; PAHL; RUBENSTONE, 2008; HALL; PROCHASKA, 2009). Observa-se aumento no uso de drogas ilícitas, álcool e tabaco entre estudantes universitários deprimidos, cansados, estressados, ansiosos, com ideias de culpa ou baixa autoestima, sugerindo que nesses grupos populacionais ocorre associação entre o consumo de substâncias, TM e baixa qualidade de vida. (PEUKER; FOGAÇA, BIZARRO, 2006).

Em Portugal um estudo, visando investigar o consumo do álcool e a frequência de depressão em 484 estudantes do ensino médio e superior, indicou que 92% deles não consumiam ou consumiam álcool normalmente e 8% faziam o consumo de risco. O consumo de risco predominou no sexo masculino em 52% da amostra sendo 61%



entre os universitários. Sintomas depressivos avaliados usando o instrumento BDI foram encontrados em 9% do total de 420 estudantes. (SANTANA; NEGREIRO, 2008).

Comorbidades entre transtornos relacionados ao uso de álcool e outros TM tem sido bastante estudada devido à elevada frequência. Estudos de revisão e os principais levantamentos realizados na comunidade psiquiátrica citados na literatura como o *Epidemiologic Catchment Area Study (ECA)*, o *National Comorbidity Study (NCS)* e o *National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey (ABOU-SALEH; JANCA, 2004)* tem mostrado que TM relacionados ao álcool, transtorno depressivo e transtornos ansiosos são condições psiquiátricas frequentes e que se apresentam comumente associadas. (HETEM; GRAEFF, 2004; NUNES; ROUNSAVILLE, 2006; ZALESKY *et al.*, 2006).

Do ponto de vista epidemiológico, observa-se associação entre transtornos relacionados ao álcool e transtornos depressivos e de ansiedade em amostras clínicas e na comunidade. Nos Estados Unidos entre 43.093 sujeitos com idade acima de 18 anos e predominantemente feminina (52%) observou-se prevalência elevada de associação entre transtorno relacionado ao álcool (abuso ou dependência) com transtorno depressivo (13 a 16%) e ansiedade (13%). (GRANT *et al.*, 2004).

Outro estudo avaliou 10.803 sujeitos com idade entre 18 e 64 anos na Alemanha utilizando o instrumento *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* para avaliar o uso problemático de álcool e o *Munich Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI)* para avaliar TM com prevalência de 27,5% de uso de risco de álcool, 27,7% de *binge drinking* (“beber pesado episódico”), 14,5% de abuso e de 30,4% para dependência. A taxa de comorbidade entre transtorno relacionado ao álcool e transtornos depressivos ou ansiosos foi de 21,6%. (GROTHUES *et al.*, 2005).

Estudantes de Medicina e Direito também fazem uso considerável de substâncias psicoativas. Em um estudo em Tegucigalpa, Honduras, observou-se que 61,6% dos estudantes de Medicina referiram uso experimental de álcool, 36% uso moderado e 2,4% uso exagerado, sem diferença quanto ao sexo. Em relação a drogas ilícitas, 4,6% faziam uso de maconha e 1,9% de cocaína. (BUCHANAN; PILLON, 2008). Da mesma forma, estudantes de Medicina no Reino Unido e de Honduras na América Central, monitorados sobre o uso de drogas, indicou que 45% deles faziam uso abusivo de álcool e na mesma proporção de maconha, sendo essas as drogas

mais utilizadas. (NEWBURY-BIRCH; WHITE; KAMALI, 2000; BUCHANAN; PILLON, 2008).

Estudos realizados no Brasil com estudantes de Medicina em diversas escolas médicas mostraram que entre as substâncias psicoativas mais utilizadas “pelo menos uma vez na vida”, estão álcool, tabaco, inalantes, maconha, anfetaminas e ansiolíticos. (PINTON; BOSKOVITZ; CABRERA, 2002; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006).

Um estudo com alunos de Direito de uma universidade de São Paulo encontrou que 10% deles faziam uso de tabaco, 46,2% de bebida alcoólica e 4% de drogas ilícitas. (ALVES *et al.*, 2010). Barros, em 2014, observou maior consumo de álcool entre alunos do sexo masculino e no curso de Direito quando comparado ao curso de Psicologia. A implementação de intervenções preventivas e terapêuticas pode permitir melhor conscientização do estudante sobre os efeitos do uso de substâncias.

Manifestações de comportamento depressivo, visão negativa do mundo e do futuro e sentimentos de desesperança podem estar ligadas ao desejo de morte e, conseqüentemente, a ideias de Suicídio na população universitária. (BORGES; WERLANG, 2006). Essa conjunção de fatores pode dar origem a um estado psicológico de intensa angústia, no qual o indivíduo sente necessidade urgente de alívio (GARLOW *et al.*, 2008), podendo ver o ato como única solução para sua vida. Mesmo que os sintomas depressivos não levem necessariamente ao suicídio, eles têm um impacto significativo na vida pessoal do estudante, com conseqüente diminuição da satisfação com a vida. (ARSLAN *et al.*, 2009).

O espectro de comportamentos suicidas caracteriza-se pela ideação suicida, tentativa de suicídio e sua efetivação. A ideação suicida refere-se ao pensamento ou ideia que abrange desejos, atitudes ou planos do indivíduo para acabar com a sua própria vida e mostra os primeiros indícios de que alguém poderá vir a cometer suicídio. A ideação pode ser do tipo passiva, quando há a decisão de que não vale a pena viver, ou do tipo ativa, quando ocorrem pensamentos de se mutilar ou realizar planos específicos para cometer suicídio. (BORGES; WERLANG, 2006; RAUE *et al.*, 2006).

A tentativa de suicídio é considerada um ato de violência e pode ser definida como o "ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação". (BRASIL, 2009). Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios, em

pelo menos dez vezes, porém não há, em nenhum país do mundo, nenhum registro do número dessas tentativas. (BOTEGA, 2014). O indivíduo pode tentar suicidar-se quando há uma série de fragilidades existentes em sua vida, bem como condições desfavoráveis que possam justificar essa tentativa, sob sua avaliação. Em outras situações, ainda que haja o sofrimento psíquico, há aqueles que tentam tirar a própria vida para chamar à atenção para sua dor, como um grito de socorro, haja vista a intensidade do sofrimento que vêm enfrentando. (FREITAS; BORGES, 2014).

A associação entre ideação suicida e depressão é bastante significativa entre estudantes universitários, uma vez que à medida que aumenta a severidade dos sintomas depressivos, aumenta a ideia de suicídio. (GARLOW *et al.*, 2008; ARRIA *et al.*, 2009).

Nos últimos 45 anos, o número de suicídios no planeta aumentou 60%, principalmente em homens entre 15 e 24 anos. (FONTENELLE, 2008; DUTRA, 2012). A OMS já conta com um programa de prevenção ao Suicídio, visto sua preocupação acerca desse tema. O estudo de Eskin *et al.* (2011) verificou que ao longo da vida cerca de 26% da amostra turca e 35% da amostra austríaca tiveram ideação suicida, sendo que destes, 5,8% e 2,2% dos participantes, respectivamente, tentaram suicídio em alguma ocasião. Em uma amostra portuguesa, para ideação suicida ao longo da vida, foi observada prevalência de 12,6%. (PEREIRA; CARDOSO, 2015). Garlow *et al.* (2008) sugerem que a existência de história de ideação suicida é um fator preditor de morte por suicídio.

O Brasil encontra-se entre os dez países que registram os maiores números de suicídios. (BOTEGA, 2014). Em pessoas entre 15 e 29 anos, o suicídio corresponde à 4% do total de mortes no país. Entre estudantes universitários a presença de ideação suicida está associada a menores níveis de saúde mental. (TYSSEN *et al.*, 2001; BORGES; WERLANG, 2006; GENÇOZ; OR, 2006; ROBERTO, 2009; LASGAARD; GOOSSENS; ELKLIT, 2010). Estudos sobre a prevalência de ideação suicida em adolescentes, populações universitárias e adultos jovens consideram que resultados diversos são comuns, pois dependem do momento em que a investigação foi realizada, se sobre o mês anterior e atual ou sobre todo o desenvolvimento do indivíduo. Considerando estudos que levam em conta o momento da participação ou o período de até quatro semanas anteriores à aplicação dos instrumentos, foi encontrado prevalência de ideias de suicídio em 14% de estudantes noruegueses. (TYSSEN *et al.*, 2001). Em dois estudos entre universitários americanos

(GARLOW *et al.*, 2008; ARRIA *et al.*, 2009) foi encontrado que os pensamentos suicidas estavam presentes em 11,1% e 6% da amostra, respectivamente. Uma amostra austríaca registrou prevalência de 11,3% e uma amostra turca 12%. (ESKIN *et al.*, 2011). Pereira e Cardoso (2015), em Portugal, registraram prevalência de 10,7%.

Os estudos também sugerem que quando os estudantes são questionados sobre se alguma vez na vida tiveram pensamentos suicidas, os resultados são alarmantes, como no estudo de Tyssen *et al.* (2001) onde foi encontrada prevalência de 43% em estudantes noruegueses. As características como a falta de controle, os traços de personalidade, o fato de ser solteiro, acontecimentos negativos na vida, ansiedade e depressão foram os fatores associados mais comuns; destes, 8% tinham planejado o suicídio e 1,4% tentado suicídio.

Eisenberg *et al.* (2007) verificaram que 67% dos estudantes universitários que reportaram ideias de suicídio também apresentaram depressão. As prevalências de ambas as entidades estão muito próximas, sugerindo que quando existe maior prevalência de depressão existe também maior risco de suicídio. Os sintomas depressivos são preditores relevantes, independente da presença de outras variáveis psicológicas ou demográficas. (LASGAARD; GOOSSENS; ELKIT, 2010). Estudos sugerem que um adolescente em depressão tem nove vezes mais possibilidade de manifestar pensamentos suicidas e um adolescente que manifeste desesperança tem probabilidade sete vezes maior. (BORGES; WERLANG, 2006).

Em pesquisa realizada com 637 universitários brasileiros da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 52,4% referiram vontade de morrer e 7,5% haviam tentado suicídio. (DUTRA, 2007). Em outro estudo com 374 alunos da Universidade Federal da Paraíba, 11,5% haviam pensado em suicídio. (DUTRA, 2008).

Vários instrumentos têm sido utilizados para identificar problemas de saúde mental e qualidade de vida dos estudantes universitários. Entre eles destacam-se as escalas do sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) e o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*). As escalas do sistema ASEBA foram criadas na década de 60, após o lançamento do *Diagnostic and Statistical Manual - First Edition (DSM-I)*, por Achenbach, em função da necessidade do desenvolvimento de instrumentos mais completos de avaliação psicológica, visto que os que existiam até o momento não eram suficientes para avaliar a ampla gama de

problemas relatados em grandes amostras de crianças, adolescentes e adultos. (RESCORLA, 2008).

Achenbach iniciou o desenvolvimento de sua primeira escala infantil em 1970 e a estudou através de vários projetos pilotos até 1976. Em 1978, a partir de dados de 2.300 crianças de 4 a 16 anos, Achenbach e Edelbrock (1983) publicaram a primeira escala, o *Child Behavior Check-List (CBCL)*, um questionário a ser respondido por pais sobre as características e comportamento de seus filhos. O *CBCL* foi o primeiro de vários instrumentos que seriam lançados nas décadas seguintes. (ACHENBACH, 1991).

Com o objetivo de avaliar as competências individuais, funcionamento adaptativo, emocional e social, e problemas de comportamento, Achenbach e Edelbrock lançaram, no final da década de 90, mais duas escalas e o manual do *CBCL*. Hoje, o *ASEBA* é composto por um conjunto de escalas que utilizam métodos quantitativos para avaliar problemas comportamentais/emocionais, competências e características adaptativas de pessoas em diferentes faixas etárias, incluindo crianças desde um ano e seis meses de idade até adultos com mais de 90 anos. A escala *Adult Self Report (ASR)* se destina a adultos de 18 a 59 anos de idade e permite traçar o perfil do funcionamento adaptativo do indivíduo avaliado, assim como verificar indicativos de transtornos específicos. Foi lançada em 2003, juntamente com o *Adult Behavior Check List (ABCL)*. (ACHENBACH; RESCORLA, 2003).

O uso de autorrelatos tem se configurado como instrumentos essenciais e efetivos para avaliações de qualidade. (ACHENBACH, 2005). Estudos de evidência de validação do *ASR* para a realidade brasileira já foram realizados com índices de consistência interna das escalas sindrômicas considerados semelhantes aos encontrados na realidade americana. (LUCENA-SANTOS; MORAES; OLIVEIRA, 2014). Os instrumentos deste sistema de avaliação têm sido utilizados em diversos contextos, dentre eles serviços de saúde mental, hospitais, escolas, avaliações multiculturais, serviço de pediatria, adolescentes e adultos, órgãos públicos, na área acadêmica e de pesquisa. As escalas *ASEBA* são reconhecidas internacionalmente, sendo que já existem mais de 7.000 publicações de pesquisas realizadas em mais de 80 culturas diferentes. A tradução dos instrumentos foi realizada em mais de 85 línguas, entre elas o português do Brasil. (RESCORLA, 2008; ACHENBACH, 2009).

A qualidade de vida da população em geral é tema de grande interesse na atualidade e tem sido motivo de estudos em diversos países, tanto para avaliar

trabalhadores liberais, como os de empresas, pessoas portadoras de doenças crônicas, idosos, profissionais e estudantes da área da saúde, entre outros. O crescente interesse também surgiu da necessidade de indicadores sociais que pudessem complementar indicadores econômicos brutos na comparação entre países. Outro fator que justifica o interesse na medida da qualidade de vida é saber como alcançar uma “boa vida” devido ao aumento da longevidade, aumento do controle de doenças crônicas e para nortear políticas de promoção de saúde. (SILVA, 2006).

Existe atualmente um grande número de escalas de avaliação de qualidade de vida e adequação social. Segundo Duarte *et al.* (2003) existem mais de 300 instrumentos de avaliação da qualidade de vida geral ou relacionada à saúde de grupos específicos publicados na literatura, principalmente nos EUA. Porém, pouco se sabe sobre a qualidade de vida dos acadêmicos da área das ciências humanas, devido aos poucos trabalhos publicados. O número de estudos nesta área é reduzido e a maioria também se refere à realidade americana. (LIPP; TANGANELLI, 2002).

É dificuldade comum entre alguns desses instrumentos o tempo de aplicação, a exigência de entrevistadores treinados e a ausência de estudos confiáveis de validação de suas propriedades psicométricas. Algumas limitações são circunstanciais, como a dependência do estado cognitivo do entrevistado, mudanças de resposta devido à adaptação e mudanças dos valores pessoais. Os instrumentos devem conter indicadores sociométricos, demográficos, ocupacionais, de bem-estar psicológico, sintomas mentais, saúde física, relações de suporte social, finanças e atividades cotidianas. Eles podem ser autoaplicáveis, onde o entrevistado determina o peso de cada item na sua vida, baseado na sua própria percepção e podem ser classificados de acordo com seu tipo de medida. São considerados avaliadores aqueles que verificam mudanças ao longo do tempo enquanto os preditivos são usados como *screening* ou testes diagnósticos, que identificam quais indivíduos apresentam risco de desenvolver determinada condição futura. Já os discriminativos medem diferenças entre sujeitos em um ponto do tempo. Os resultados dentro das escalas se agrupam formando o escore final. (DINIZ; SCHOR, 2006).

A busca de um instrumento capaz de avaliar qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a OMS, em 1993, organizasse um projeto colaborativo multicêntrico, em 15 centros simultaneamente e em 14 países, para o projeto de definição do conceito de qualidade de vida e elaboração de um

instrumento de avaliação - o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Após sua elaboração em 1994, outros centros foram incorporados tendo sido criado o instrumento denominado *WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life)* e seu resumo, o *WHOQOL-brief*, disponibilizado em 20 idiomas. (*WHOQOL GROUP et al.*, 1998; *FLECK et al.*, 1999). A versão em português do *WHOQOL-100* foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, em 1996. (*FLECK et al.*, 1999; *PEDROSO et al.*, 2009). O método envolveu não só a tradução e retrotradução, mas também a discussão em quatro grupos constituídos de pessoas da população geral, profissionais da saúde, pacientes internados e ambulatoriais, tendo sido permitida a incorporação de várias sugestões às traduções. As características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos como consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério e fidedignidade de teste-reteste. (*FLECK et al.*, 1999).

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de prevalência de risco de Transtornos Mentais em estudantes do Curso de Medicina e de Direito, com coleta de dados prospectiva.

#### **3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO**

Tratando-se de estudo de prevalências, buscou-se estimar a prevalência de risco de Transtornos Mentais e avaliar a Qualidade de Vida entre universitários dos cursos de Medicina e de Direito.

#### **3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado na Universidade Federal do Paraná, nas sedes dos Cursos de Medicina e Direito, no período de 2012 a 2015. A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2011 a junho de 2012.

#### **3.4 POPULAÇÃO FONTE**

A UFPR possui 80 cursos de graduação, além de cursos profissionalizantes, nas modalidades presencial e a distância (EAD).

No período da pesquisa 1533 estudantes dos Cursos de Medicina e de Direito estavam regularmente matriculados na Universidade Federal do Paraná.



### 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo:

- a) Estudantes do Curso de Medicina do 1º ao 6º ano e estudantes do Curso de Direito do 1º ao 5º ano, regularmente matriculados na Universidade Federal do Paraná;
- b) De ambos os sexos;
- c) Que responderam todas as questões dos instrumentos de avaliação: *Adult Self Report – ASR* (18-59 anos) e *WHOQOL – 100*;
- d) Que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou, para os menores de 18 anos, que assinaram juntamente com seus pais o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

### 3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram considerados como critérios de exclusão:

- a) Estudantes que não responderam cinco ou mais questões propostas pelos instrumentos de avaliação.
- b) Estudantes e/ou pais que retiraram o termo de consentimento ou de assentimento para participação no estudo.

### 3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO

De acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, constituíram a população de estudo 1533 estudantes do Curso de Medicina e do Curso de Direito.

### 3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

Para seleção dos estudantes participantes do estudo foi utilizada uma amostra do tipo não probabilística, de conveniência, sistematizada, de acordo com a

disponibilidade da pesquisadora e dos estudantes para responder aos instrumentos da pesquisa.

Constituiu a amostra do estudo 1048 estudantes, sendo 775 do Curso de Medicina e 273 do Curso de Direito.

### 3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As principais variáveis de interesse no estudo incluíram a avaliação da saúde mental dos estudantes dos Cursos de Medicina e de Direito, por meio do *ASR* e avaliação da qualidade de vida pelo *WHOQOL-100*.

#### 3.9.1 Escala *Adult Self Report (ASR)*

O *ASR* é um inventário de autoavaliação destinado especificamente para adultos entre 18 e 59 anos, que permite verificar diversos aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico do indivíduo. Foi desenvolvido para ser utilizado na clínica, para pesquisa e para avaliação epidemiológica (ACHENBACH; DUMENCI; RESCORLA, 2003) adaptado para a língua portuguesa. (SILVARES, 2011; LUCENA-SANTOS; MORAES; OLIVEIRA, 2014; IVANOVA *et al.*, 2015).

O instrumento é constituído por um total de nove itens, dos quais os cinco primeiros abordam questões relativas aos amigos, à(o) esposa(o) ou companheira(o), à família, ao trabalho e à educação, em que o participante avalia a qualidade de seus relacionamentos. Os outros quatro itens exploram a presença de doenças, deficiências ou limitações; sendo que em um desses, o participante deve descrever suas preocupações ou temores, e em outro suas qualidades. O último item é constituído por 126 afirmativas que descrevem diferentes aspectos de pessoas e avaliam síndromes e o uso de substâncias. Cada ítem possui três opções de resposta em escala Likert de três pontos, nesse o respondente se autoavalia em cada questão como “Não é verdadeiro”, equivalente ao escore 0, “Um pouco/algumas vezes verdadeiro”, equivalente ao escore 1 e “Frequentemente verdadeiro”, equivalente ao escore 2. Os participantes são instruídos a responder todas as questões, levando em consideração os seis meses anteriores ao inventário.

A escala referente às Síndromes avalia: **Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas**, que correspondem aos **Problemas Internalizantes** ou de internalização. Essa escala avalia também, separadamente, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção e Itens Críticos. **Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar de Regras e Comportamento Intrusivo** avaliam os **Problemas Externalizantes** ou de externalização. O **Uso de Substâncias** avalia o uso de tabaco, álcool, drogas e a média de uso dessas substâncias (Anexo 1).

O instrumento é dividido em grandes áreas de avaliação, subdivididas em escalas, e existem pontos de corte específicos para cada escala avaliada, os quais classificam a pontuação obtida em faixa **Normal, Limítrofe ou Clínico**. A escala correspondente ao item Amigos é composta de quatro perguntas com escores de pontuação entre 0 e 3 pontos; a correspondente ao item Cônjuge/Parceiro é composta de oito perguntas com escores de 0 a 2; a escala da Família é composta por dez perguntas com escores variando de 0 a 4 pontos; a referente a Trabalho possui nove itens com escores entre 0 e 2 pontos e a referente a Educação possui cinco perguntas com escores que variam entre 0 e 2 pontos.

A média da somatória das escalas é convertida em um **Escore Total** de acordo com análise apropriada para sexo e idade e representa os resultados da **Escala do Funcionamento Adaptativo**. Um escore abaixo de 31 é considerado **Clínico**, entre 31 e 35, **Limítrofe** e acima de 35, **Normal** (Anexo1).

A escala referente às Síndromes e Uso de Substâncias contém 126 itens e a somatória dos escores é convertida em escores de acordo com análises apropriadas para sexo e idade. Um escore igual ou acima de 70 é considerado **Clínico**, entre 65 a 69, **Limítrofe** e abaixo de 64, **Normal**.

Em especial, para o Uso de Substâncias, no que se refere ao Tabaco é considerado **Normal** o uso de até 26 vezes, ou seja, fumar um cigarro por semana; **Limítrofe** de 27 a 36 e acima de 37, **Clínico**. Em relação ao Álcool é considerado **Normal** até nove vezes nos últimos 6 meses, de 10 a 19 vezes **Limítrofe** e acima de 20 vezes, **Clínico**. Para o Uso de Drogas, nos últimos 6 meses, é considerado **Normal** 3 vezes, de 4 a 19 **Limítrofe** e acima de 20, **Clínico** (Quadro 1, Anexo 1).

QUADRO 1 – ADULT SELF REPORT – ESCALA DE SÍNDROMES (continua)

<b>Ansiedade / Depressão</b>	<b>Comportamento agressivo</b>
12 – Sentimento de solidão	3 – Discute muito
13 – Confusão ou desorientação	5 – Culpa os demais por seus problemas
14 – Choro excessivo	16 – Maldade com os outros
22 – Preocupação com o futuro pessoal	28 – Relações familiares problemáticas
31 – Teme não ter autoconfiança	37 – Se envolve em muitas brigas
33 – Sentimento de não ser querido	55 – Oscila de excitação à depressão
34 – Sente-se perseguido	57 – Agride fisicamente as pessoas
35 – Sentimento de inferioridade	68 – Grita em excesso
45 – Nervosismo ou tensão	81 – Comportamento instável
47 – Falta de autoconfiança	86 – Irritabilidade
50 – Ansiedade ou temor em excesso	87 – Instabilidade de humor
52 – Sentimento de culpa	95 – Pouca tolerância
71 – Envergonha-se facilmente	97 – Ameaça machucar pessoas
91 – Ideação suicida	116 – Se aborrece facilmente
103 – Infelicidade, tristeza ou depressão	118 – Impaciência
107 – Baixa autoestima	<b>Comportamento de quebrar regras</b>
112 – Preocupações em excesso	6 – Uso de drogas
113 – Relações insatisfatórias com o sexo oposto	20 – Estraga ou destrói suas coisas
<b>Isolamento</b>	23 – Desrespeito às regras
25 – Relações interpessoais insatisfatórias	26 – Não se sente culpado após agir mal
30 – Relações insatisfatórias com o sexo oposto	39 – Anda em má companhia
42 – Desejo de estar sozinho	41 – Comportamento impulsivo
48 – Crença de que não é aceito	43 – Mentira ou engana demais
60 – Obtém prazer em poucas coisas	76 – Comportamento irresponsável
65 – Recusa em se comunicar verbalmente	82 – Rouba
67 – Dificuldade em fazer ou manter amigos	90 – Consumo excessivo de álcool
69 – Atitude reservada	92 – Infringe leis
111 – Isola-se	114 – Não salda as dívidas
<b>Queixas somáticas</b>	117 – Administração problemática de finanças
51 – Tonturas	122 – Instabilidade laboral
54 – Cansaço sem motivo	<b>Comportamento intrusivo</b>
56A – Dor (exceto cabeça/estômago)	7 – É convencido
56B – Dor de cabeça	19 – Chama a atenção em excesso
56C – Náuseas, enjoos	74 – Gosta de se exibir e fazer palhaçadas
56D – Problemas com os olhos	93 – Fala em demasia
56E – Problemas de pele	94 – Provoca os outros
56F – Dor de estômago ou barriga	104 – Faz mais barulho que os demais
56G – Vômitos	
56H – Taquicardia	
56I – Dormência em partes do corpo	
160 – Problemas com o sono	

QUADRO 1 – ADULT SELF REPORT – ESCALA DE SÍNDROMES (conclusão)

Problemas de pensamento	Problemas de atenção
9 – Obsessões	1 – Esquecimento em excesso
18 – Automutilação / tentativa de Suicídio	8 – Dificuldade em se concentrar
36 – Machuca-se acidentalmente	11 – Dependência excessiva dos outros
40 – Alucinações auditivas	17 – Sonha acordado
46 – Tiques/Tremores musculares	53 – Dificuldade em fazer planos para o futuro
63 – Prefere estar com os mais velhos	59 – Não finaliza os compromissos
66 – Compulsões	61 – Desempenho laboral insatisfatório
70 – Alucinações visuais	64 – Dificuldade em estabelecer prioridades
84 – Comportamentos estranhos	78 – Dificuldade para tomar decisões
85 – Pensamentos/Ideias estranhas	101 – Falta ao trabalho sem motivo
	102 – Falta de energia
	105 – Pessoas o consideram desorganizado
	108 – Tendência a perder coisas
	119 – Não presta atenção à detalhes
	121 – Tendência a se atrasar nos compromissos

FONTE: Achenbach; Dumenci; Rescorla (2003).

Esse instrumento também possui uma escala orientada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM-Orientado*) (ACHENBACH; DUMENCI; RESCORLA, 2003) que se baseia nos 126 itens e com escore acima de 70 é considerado *Clínico*, entre 65 e 69, *Limítrofe* e igual ou menor que 64, *Normal*. Avalia os seguintes Problemas: **Depressão, Ansiedade, Problemas Somáticos, Personalidade Evitativa, Problemas de Déficit de Atenção-Hiperatividade (TDAH) e Personalidade Antissocial** (Quadro 2, Anexo 1). O resultado para TDAH do *DSM-Orientado* é apresentado em uma subescala dividida em Problemas de Desatenção e de Hiperatividade/Impulsividade. A avaliação dos dados coletados tanto do *ASR* quanto de qualquer escala do sistema *ASEBA* pode ser realizada manualmente ou por meio do software *ADM (Assessment Data Manager)*. O *ADM* possui módulos de entrada para os dados de cada item do *ASR*, assim como para itens de outras escalas *ASEBA*. O resultado é expresso em um gráfico que indica as áreas e a pontuação obtida pelo paciente em cada uma delas, estando delimitadas por linhas pontilhadas os limites **Normal, Limítrofe e Clínico** (Figuras 1 e 2).

QUADRO 2 – ADULT SELF REPORT – ESCALA DO DSM-ORIENTADO

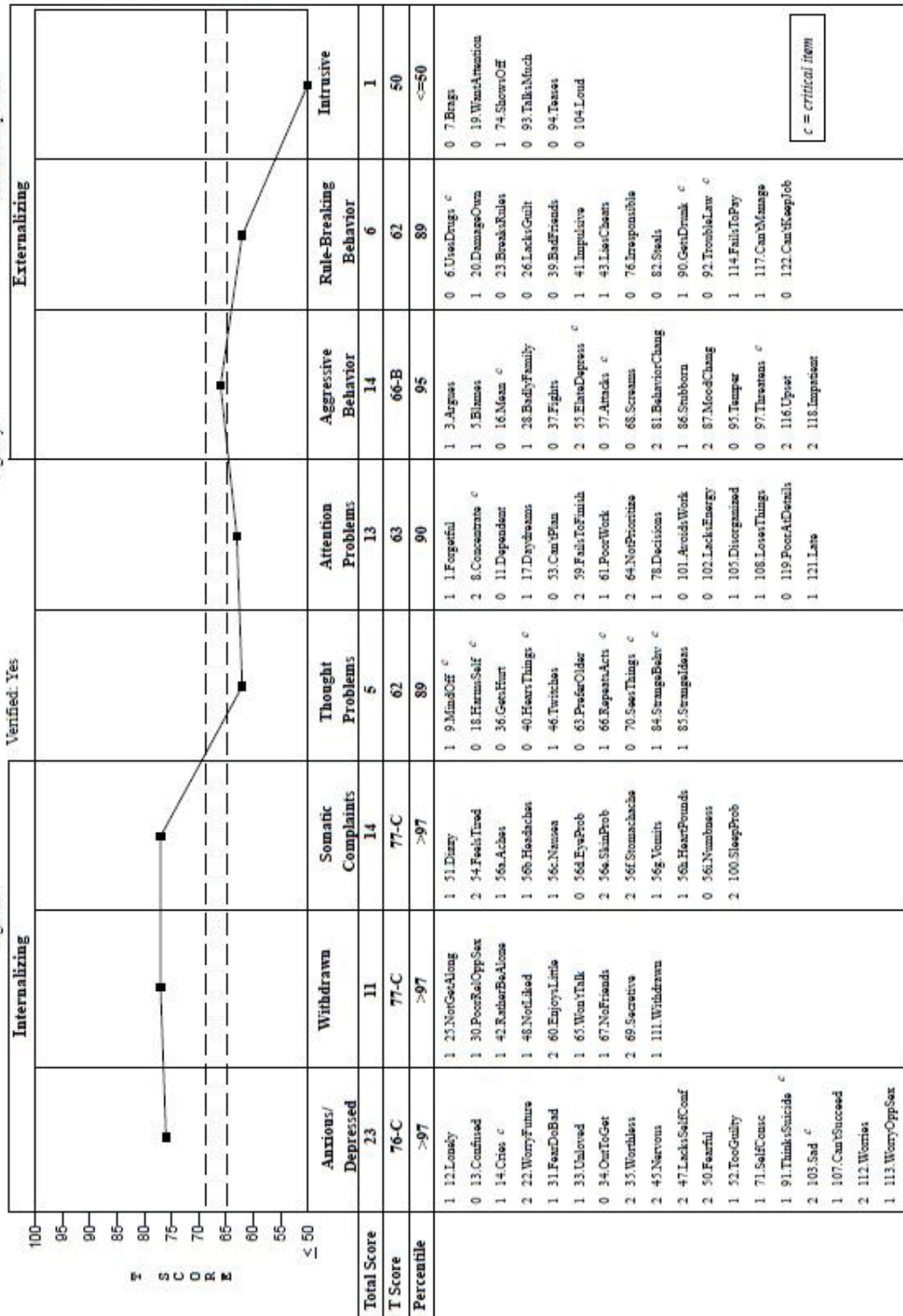
<b>Problemas depressivos</b>	<b>Problemas de déficit de atenção / hiperatividade</b>
14 – Choro excessivo	1 – Esquecimento em excesso
18 - Automutilação	8 – Dificuldade de concentrar-se
24 – Não se alimenta bem	10 – Dificuldade de permanecer sentado
35 – Sentimento de inferioridade	36 – Se machuca acidentalmente
52 – Sentimento de culpa	41 – Comportamento impulsivo
54 – Cansaço sem motivo	59 – Não finaliza os compromissos
60 – Obtém prazer em poucas coisas	61 – Desempenho laboral insatisfatório
77 – Dorme muito	89 – Comportamento precipitado
78 – Dificuldade para tomar decisões	105 – Pessoas o consideram desorganizado
91 – Ideação suicida	108 – Tendência a perder coisas
100 – Problemas com sono	115 – Irrequieto ou agitado
102 – Falta de energia	118 – Impaciente
103 – Infelicidade, tristeza ou depressão	119 – Não presta atenção a detalhes
107 – Baixa autoestima	<b>Problemas de personalidade antissocial</b>
<b>Problemas de ansiedade</b>	3 – Discute muito
22 – Preocupação com o futuro pessoal	5 – Culpa os outros por seus problemas
29 – Medo de animais, situações ou lugares	16 – Maldade com os outros
45 – Nervosismo ou tensão	21 – Estraga objetos que não lhe pertence
50 – Ansiedade ou temor em excesso	23 – Desrespeito às regras
56 – Taquicardia	26 – Não se sente culpado após agir mal
72 – Preocupação com a família	28 – Relações familiares problemáticas
112- Preocupações em excesso	37 – Se envolve em muitas brigas
<b>Problemas somáticos</b>	39 – Anda em más companhias
51 – Tonturas	43 – Mentira ou engana os demais
56A – Dor (exceto cabeça/estômago)	57 – Agride fisicamente as pessoas
56B – Dor de cabeça	76 - Comportamento irresponsável
56C– Náuseas, enjoo	82 – Rouba
56D – Problemas com os olhos	92 – Infringe leis
56E – Problemas de pele	95 – Pouca tolerância
56F – Dor de estômago ou barriga	97 – Ameaça machucar pessoas
56G – Vômitos	101 – Falta ao trabalho sem motivo
56I – Dormência em partes do corpo	114 – Não salda as dívidas
<b>Problemas de personalidade evitativa</b>	120 – Dirige em alta velocidade
25 – Relações interpessoais insatisfatórias	122 – Instabilidade laboral
42 – Desejo de estar sozinho	
47 – Falta de autoconfiança	
67 – Dificuldade em fazer ou manter amigos	
71 – Envergonha-se facilmente	
75 – Timidez em excesso	
111 – Isola-se	

FONTE: Lucena-Santos; Moraes; Oliveira (2104).



**ASR/18-59 - Syndrome Scale Scores for Women Aged 18-35**

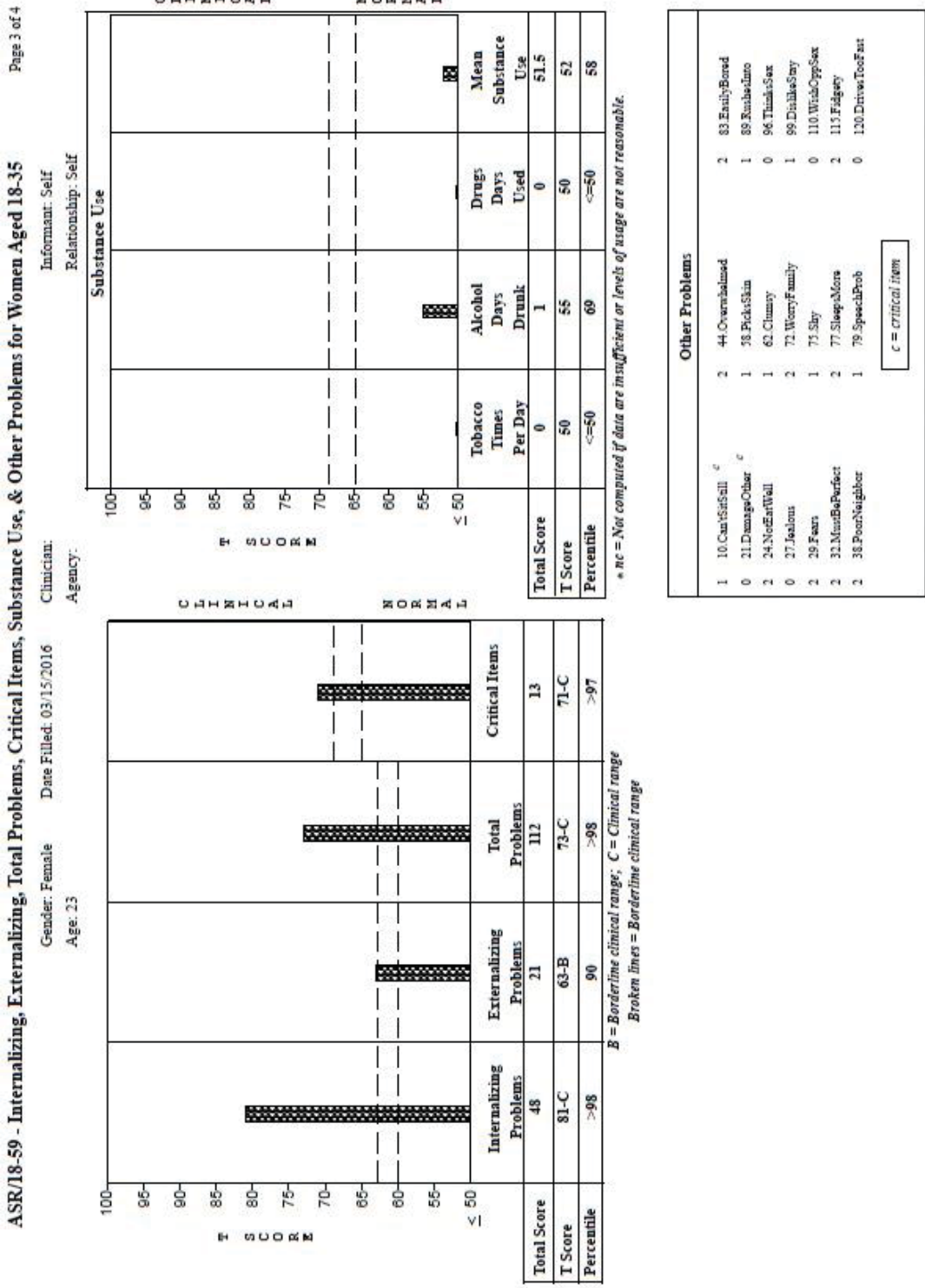
Gender: Female Date Filled: 03/15/2016 Informant: Self  
 Age: 23 Agency: Relationship: Self



FONTE: O autor (2016).  
 NOTA: Exemplo de um caso do estudo.

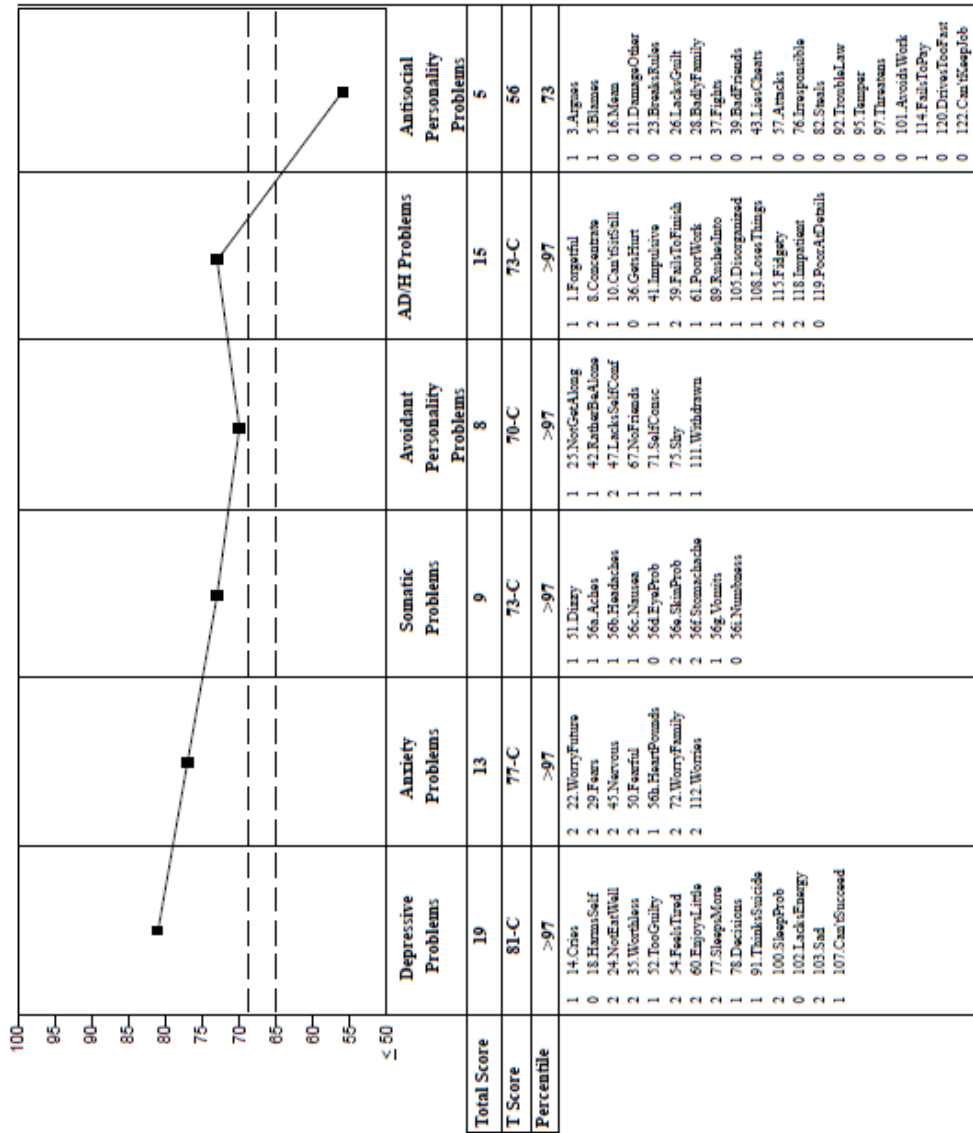


FIGURA 2 – GRÁFICO DO RESULTADO DO ADULT SELF REPORT – PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES, ITENS CRÍTICOS, USO DE SUBSTÂNCIAS, OUTROS PROBLEMAS E DSM-ORIENTADO



ASR/18-59 - DSM-Oriented Scales for Women Aged 18-35

Gender: Female Date Filled: 03/15/2016 Clinician: Informant: Self  
 Age: 23 Relationship: Self Agency:



Attention Deficit/Hyperactivity Problems Subscales:		Inattention (I)	
		Hyperactivity-Impulsivity (H-I)	
I	AD/H Problems	H-I	H-I
1	1. Forgetful	■	■
2	8. Concentrate	■	■
■	10. Can't sit still	■	1
■	36. Get hurt	■	0
■	41. Impulsive	■	1
2	59. Fail to finish	■	■
■	61. Poor work	■	■
■	89. Run late	■	1
1	105. Disorganized	■	■
1	108. Lose things	■	■
■	115. Fidgety	■	2
■	118. Impatient	■	2
0	119. Poor at details	■	■
8	<b>Total Score</b>	7	7
≥ 98	<b>Percentile</b>	95	95
Borderline = 93rd-97th %ile Clinical = >97th %ile			

Copyright 2003 T.M. Achenbach  
 ASEBA, University of Vermont  
 1 South Prospect St.  
 Burlington, VT 05401-3456  
 www.ASEBA.org

B = Borderline clinical range; C = Clinical range  
 Broken lines = Borderline clinical range

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Exemplo de um caso do estudo.

### 3.9.2 Instrumento de avaliação de qualidade de vida *WHOQOL-100*

O instrumento *WHOQOL-100* consiste em cem perguntas referentes a seis grandes Domínios:

- a) Físico,
- b) Psicológico,
- c) Nível de Independência,
- d) Relações Sociais,
- e) Meio Ambiente,
- f) Espiritualidade/Religiosidade/Crenças pessoais.

O instrumento é seccionado em 24 grupos de quatro questões cada, recebendo a denominação de “**Facetas**”. Por sua vez, o conjunto de facetas constitui um “**Domínio**”. Ao contrário da composição das facetas, os seis domínios do *WHOQOL-100* não são constituídos pelo mesmo número de facetas, podendo variar de uma a oito facetas. Há ainda uma faceta que não está inserida em nenhum domínio. Esta faceta, a 25ª, é composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida. (PEDROSO *et al.*, 2009) (Anexo 2).

As questões que compõem o *WHOQOL-100* não estão dispostas no questionário seguindo uma sequência lógica por domínio ou por faceta, mas sim por tipo de escala de respostas. Os Domínios incluem: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente, Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais e o Domínio Geral ou Percepção Geral da Saúde.

No Quadro 3 estão apresentadas as questões que compõe o Domínio Físico e no Quadro 4 as questões que compõe o Domínio Psicológico.

QUADRO 3 – DOMÍNIO FÍSICO DO *WHOQOL-100*

Dor e Desconforto	Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?
	Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?
	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
	Com que frequência você sente dor (física)?
Energia e fadiga	Quão facilmente você fica cansado(a)?
	O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?
	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?
	Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?
Sono e repouso	Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?
	O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?
	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
	Como você avaliaria o seu sono?

FONTE: Pedroso *et al.* (2008)QUADRO 4 - DOMÍNIO PSICOLÓGICO DO *WHOQOL-100*

Sentimentos positivos	O quanto você aproveita a vida?
	Quão otimista você se sente em relação ao futuro?
	O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?
	Em geral- você se sente contente?
Pensar, aprender, memória e concentração	O quanto você consegue se concentrar?
	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?
	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?
	Como você avaliaria sua memória?
Autoestima	O quanto você se valoriza?
	Quanta confiança você tem em si mesmo?
	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
	Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?
Imagem corporal e aparência	Você se sente inibido(a) por sua aparência?
	Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?
	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?
	Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?
Sentimentos negativos	Quão preocupado(a) você se sente?
	Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?
	O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?
	Com que frequência você tem sentimentos negativos- tais como mau humor, desespero, ansiedade-depressão?

FONTE: Pedroso *et al.* (2008)

No Quadro 5 estão apresentadas as questões que compõe o Domínio Nível de Independência. No Quadro 6 estão apresentadas as questões que compõe o Domínio Nível de Relações Sociais.

QUADRO 5 - DOMÍNIO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA DO *WHOQOL-100*

Mobilidade	Quão bem você é capaz de se locomover?
	O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?
	Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?
	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?
Atividades da vida cotidiana	Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?
	Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?
	Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?
	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
Dependência de medicação ou de Tratamentos	Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?
	Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
	Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?
	Quão dependente você é de medicação?
Capacidade de trabalho	Você é capaz de trabalhar?
	Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?
	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?
	Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

FONTE: Pedroso *et al.* (2008)

QUADRO 6 - DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS DO *WHOQOL-100*

Relações Sociais	Quão sozinho você se sente em sua vida?
	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos-parentes conhecidos, colegas)?
	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?
	Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?
Suporte (apoio) social	Você consegue dos outros o apoio que necessita?
	Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?
	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?
	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
Atividade sexual	Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?
	Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?
	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
	Como você avaliaria sua vida sexual?

FONTE: Pedroso *et al.* (2008)

No Quadro 7 estão apresentadas as questões que compõe o Domínio Nível Ambiente.

QUADRO 7 – DOMÍNIO MEIO AMBIENTE DO *WHOQOL-100*

Segurança física e proteção	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
	Você acha que vive em um ambiente seguro?
	O quanto você se preocupa com sua segurança?
	Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física (assaltos-incêndios- etc.)?
Ambiente no lar	Quão confortável é o lugar onde você mora?
	O quanto você gosta de onde você mora?
	Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?
	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
Recursos financeiros	Você tem dificuldades financeiras?
	O quanto você se preocupa com dinheiro?
	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?
	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?
	Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
	Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?
	Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?
	Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	O quanto você aproveita o seu tempo livre?
	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?
	Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?
	Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?
Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima-barulho-poluição-atrativos)?
	Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?
	Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição-clima-barulho atrativos)?
	Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?
Transporte	Em que medida você tem problemas com transporte?
	O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?
	Em que medida você tem meios de transporte adequados?
	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

FONTE: Pedroso *et al.* (2008)

No Quadro 8 estão apresentadas as questões que compõe o Domínio Espiritualidade/Religião/Crenças.

QUADRO 8 - DOMÍNIO ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO/CRENÇAS DO *WHOQOL-100*

Espiritualidade/religião/crenças pessoais	Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?
	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
	Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?
	Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

FONTE: Pedroso *et al.* (2008)

O *WHOQOL-100* possui uma faceta que não está inserida em nenhum domínio. Esta faceta, nomeada “*Qualidade de vida global e percepção geral da saúde*” (*THE WHOQOL GROUP*, 1998) aborda a autoavaliação da qualidade de vida, em que o respondente expressa o seu ponto de vista de satisfação com a sua vida, saúde e qualidade de vida, composta de quatro questões (Quadro 9).

QUADRO 9 – DOMÍNIO GERAL DO *WHOQOL-100*

Qualidade de vida do ponto de vista do avaliado	Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?
	Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?
	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?
	Como você avaliaria sua qualidade de vida?

FONTE: *THE WHOQOL GROUP* (1998).

Alguns cuidados foram atendidos na aplicação dos instrumentos *WHOQOL - 100* e entre os principais, destacam-se:

- O estudante foi adequadamente informado sobre o objetivo do instrumento, o modo de aplicação e o destino dos dados. Foi informado para sentir-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação;

- Buscou-se privacidade para a aplicação do instrumento. O estudante não respondeu o instrumento com a ajuda de qualquer outra pessoa que não fosse o pesquisador;
- O instrumento foi respondido em somente um encontro;
- Foi respeitado o direito do estudante não responder o instrumento;
- Enfatizou-se que as perguntas se referiam às duas últimas semanas, independentemente do local onde o estudante se encontrava;
- O pesquisador não influenciou o estudante na escolha das respostas. Não foi discutido as questões ou seu significado, nem o da escala de respostas. No caso de dúvidas, o pesquisador releu a questão para o estudante, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas. Informou que era importante o estudante interpretar a resposta;
- Ao término do questionário, verificou-se se o estudante não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão;
- Verificou-se com o estudante a resposta deliberadamente deixada em branco daquela não respondida por desatenção.

O tempo médio de aplicação do *WHOQOL* -100 depende de uma série de fatores tais como a escolaridade, condição clínica do respondente e a forma de administração do instrumento. A experiência vinda do processo de validação demonstra que o questionário pode ser respondido independentemente do nível de escolaridade formal do entrevistado.

Todas as questões do *WHOQOL*-100 são fechadas e as respostas para as questões são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação compostas por cinco elementos, variando entre 1 e 5. Esses extremos representam 0% e 100%, respectivamente. Existem quatro tipos diferentes de escala de respostas (Quadro 10).



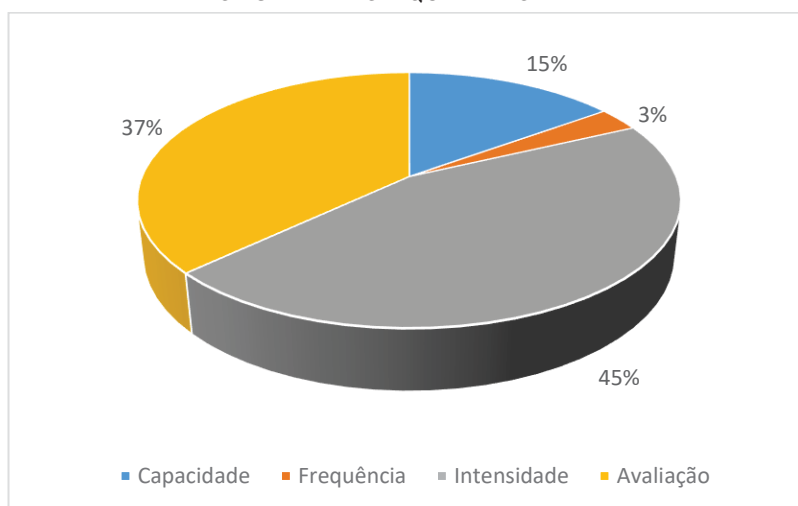
QUADRO 10 – NÍVEIS DE ESCALA DE *LIKERT* DE RESPOSTAS DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)*

CONTEÚDO DA PEGUNTA	NÍVEIS DA ESCALA DE <i>LIKERT</i>				
Intensidade	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Avaliação	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito, nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim, nem Bom	Bom	Muito Bom
	Muito Infeliz	Infeliz	Nem Feliz, nem Infeliz	Feliz	Muito Feliz
Capacidade	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Frequência	Nunca	Raramente	Às Vezes	Repetidamente	Sempre

FONTE: *THE WHOQOL GROUP* (1998).

A distribuição das escalas de respostas do *WHOQOL-100* está ilustrada no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE RESPOSTAS DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE*



FONTE: *THE WHOQOL GROUP* (1998).

Pode-se perceber que há um predomínio de respostas com escala de intensidade e avaliação, o contrário acontece com as respostas da escala de capacidade e frequência, que estão presentes em menor número.

Dentre as três formas de resposta previstas na escala de avaliação, há predomínio das questões relacionadas à satisfação (muito insatisfeito - muito satisfeito) com 29 incidências, seguidas pelas questões com enfoque absoluto na avaliação (muito ruim - muito bom) com sete incidências e, finalizando, com uma única resposta que faz menção à felicidade (muito infeliz - muito feliz) (Anexo 2).

### 3.9.2.1 Cálculo do escore do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)*

Os resultados da aplicação do *WHOQOL-100* são expressos por meio de escores e cálculo da estatística descritiva de cada faceta e domínio e a OMS sugere a utilização do *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences – SPSS*.

Nesta pesquisa foi utilizada a sintaxe no *Microsoft Excel®*, recomendada por Pedroso, Pilatti e Reis (2009) por se basear no mesmo método proposto pelo Grupo *WHOQOL*, sendo, entretanto, gratuita, de fácil acesso, de manuseio simples, desenvolvida em plataforma amplamente difundida e que permite realizar as aplicações do *WHOQOL-100* sem necessidade da utilização da sintaxe SPSS. Os escores dos domínios e facetas do *WHOQOL-100* são realizados da seguinte forma:

- i. É verificado se todas as 100 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5;
- ii. Invertem-se as 18 questões cuja escala de respostas é invertida;
- iii. Os escores das facetas são calculados a partir da média aritmética simples das questões que compõem cada faceta, seguidos de uma multiplicação por quatro. São computadas somente as facetas que possuem pelo menos três itens válidos;
- iv. Calculam-se então os escores dos domínios, por meio de média aritmética simples entre os escores das facetas que compõem cada domínio. O

domínio é calculado somente se o número de facetas inválidas não for igual ou superior a dois. No caso de facetas em escala inversa (todas as questões pertencentes as facetas são realizadas em escala invertida), realiza-se a inversão dessa faceta para o prosseguimento do cálculo;

- v. Realiza-se uma contagem do total de itens respondidos por cada respondente. São computados no cálculo somente os respondentes que preencheram corretamente pelo menos 80 itens (80% dos itens do instrumento);
- vi. Por fim, é realizada uma estatística descritiva de cada faceta e domínio. Os elementos calculados são: média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo;
- vii. Os resultados do *WHOQOL-100* são expressos em uma escala variante entre 4 e 20 pontos. Tal escala se deve ao fato de o cálculo do escore das facetas ser realizado pela multiplicação da média das questões que constituem cada faceta por quatro;
- viii. Embora não conste na sintaxe proposta pela equipe responsável pela tradução e validação do *WHOQOL* no Brasil, o Manual do Usuário do *WHOQOL* propõe a conversão dos resultados para uma escala de 0 a 100. (*THE WHOQOL GROUP*, 1998). A inversão das questões é utilizada com o objetivo de padronizar todas as respostas do instrumento, de forma que, quanto mais positiva a resposta mais próxima de cinco. Por conseguinte, quanto mais negativa mais próxima de um. Dessa forma, todas as questões de cada faceta são convertidas para uma mesma escala, onde o aumento gradativo da resposta equivale, em uma mesma população, ao aumento no resultado positivo da faceta.

No caso de todas as quatro questões que constituem uma faceta serem dispostas em escala invertida, essa mesma lógica é utilizada, mas somente no cálculo do domínio. Ou seja, o resultado dessas facetas é expresso em uma escala original, sem inversão (quanto mais próximo de 1, mais positivo é o resultado e, quanto mais próximo de 5, mais negativo é o resultado). Entretanto, ao se calcular o escore dos domínios nos quais tais facetas estão inseridas, o escore é invertido.

Para a inversão da escala de resposta das questões, o valor mínimo da questão de escala invertida deve ser substituído pelo valor máximo da questão de escala normal, assim como o valor máximo da questão de escala invertida deve ser substituído pelo valor mínimo da questão de escala normal. Igualmente deve ocorrer com os valores intermediários, seguindo essa lógica. Assim, o único valor que não é alterado é o valor central que, tanto na escala normal quanto na escala invertida, permanece o mesmo.

É preciso estar atento para esse fato, pois, ao se compararem os resultados entre as facetas, o escore de uma faceta de escala invertida não pode ser diretamente comparado ao escore de uma faceta de escala normal. Para a conversão de uma questão de escala invertida para a escala normal deve-se subtrair a resposta da questão de seis (6) unidades.

Podem-se observar os valores assumidos pelas respostas de questões cuja escala é invertida. Valores entre 0% e 25% foram considerados como Qualidade de Vida *Ruim*, entre 26% e 50%, *Moderada*, entre 51% e 75% *Boa* e entre 76% e 100%, *Ótima* (Quadro 11).

QUADRO 11 – CONVERSÃO DA ESCALA DO WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE

ESCALA	VALORES				
	0%	25%	50%	75%	100%
Normal	1	2	3	4	5
Invertida	5	4	3	2	1

FONTE: THE WHOQOL GROUP (1998).

### 3.10 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A pesquisa foi apresentada ao Departamento de Pediatria e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente e após aprovação (Anexos 3 e 4), apresentada à Coordenação do Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde (Anexo 5) e à Coordenação do Curso de Direito do Setor de Ciências Jurídicas (Anexo 6), ambos da UFPR, para análise e consentimento. Posteriormente, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, tendo sido aprovada (Anexo 7).

A partir da aprovação de todas as instâncias Institucionais e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, a pesquisadora realizou uma breve palestra para os alunos referindo o propósito da pesquisa, juntamente com a apresentação verbal e explicações pertinentes sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 1, 2 e 3).

A aplicação dos instrumentos foi realizada em salas de aula, em data e horário previamente agendados com os professores responsáveis pela aula daquele dia. Apenas o pesquisador realizou esse procedimento e esteve presente durante todo o período de aplicação para responder eventuais dúvidas e realizar esclarecimentos.

Os instrumentos **ASR** e **WHOQOL-100** preenchidos foram recolhidos e corrigidos através do *software Assessment Data Manager (ADM®*, licença de propriedade da UFPR) e pela sintaxe no *Microsoft Excel®*. (PEDROSO; PILATTI; REIS, 2009). Como se tratam de instrumentos de autoavaliação, os resultados foram empiricamente baseados nas respostas dos estudantes.

Os registros ocorreram em forma de código, substituindo o nome do aluno no momento da correção, que foi feita somente pelo pesquisador e imediatamente destruídos após análise. Os dados foram digitados em planilha eletrônica (*Microsoft Excel®*, licença de propriedade da UFPR) seguindo a ordem dos grupos avaliados.

O resultado de cada avaliação foi entregue individualmente pelo pesquisador aos estudantes seguidos de breve análise. Para isto foram necessários aproximadamente 15 minutos para os resultados considerados dentro do índice *Normal* e 20 a 30 minutos para o *Clínico* e *Limítrofe*, aproximadamente. Neste momento os estudantes receberam um gráfico com seus resultados detalhados.

Os estudantes com resultados *Limítrofe* e *Clínico*, na confirmação pela Entrevista Clínica de análise individual, receberam orientações e/ou foi sugerido o encaminhamento para atendimento psicológico e/ou psiquiátrico, quando necessário, no ambulatório de Psiquiatria/Psicologia ou na Casa III – Serviço de Atendimento ao aluno ou Ambulatório de Neuropediatria, ambos situados na Universidade Federal do Paraná (Anexos 8, 9 e 10).

Todos os dados coletados foram mantidos de forma confidencial, em instalações sob o controle da Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná, aos quais somente o pesquisador teve acesso.

Os alunos que não compareceram nas datas agendadas com os representantes de turma para análise e entrega dos resultados foram convidados em outras oportunidades a comparecerem em data e horário previamente estabelecidos.

### 3.11 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Todos os dados foram coletados e registrados exclusivamente pelo pesquisador nos instrumentos de avaliação. Posteriormente foram digitados em planilha eletrônica, conferidos e exportados para o *software* de estatística *Statistica* (*Stasoft*®), propriedade do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.

O presente estudo utilizou uma ferramenta desenvolvida a partir do *software* *Microsoft Excel*, cuja finalidade é realizar todos os cálculos resultantes da aplicação do *WHOQOL-100*, seguindo a sintaxe proposta pelo Grupo *WHOQOL*.

### 3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As medidas de tendência central e de dispersão estão expressas em médias e desvio padrão (média  $\pm$  DP) para as variáveis contínuas de distribuição simétrica e em medianas, valores mínimo e máximo (mediana, mínimo – máximo) para as de distribuição assimétrica.

A estimativa da diferença de variáveis contínuas de distribuição normal foi realizada pelo teste paramétrico, teste t de *Student*.

A estimativa de diferença entre variáveis categóricas foi realizada pelos testes qui-quadrado de Pearson, qui-quadrado de Pearson com correção de Yates e qui-quadrado para tendências lineares.

Na análise dos casos de risco de Suicídio foi estimado o risco relativo, com o respectivo intervalo de confiança de 95%, para os itens do Funcionamento Adaptativo, Síndromes, Problemas Internalizantes e Externalizantes, *DSM-Orientado*, Uso de Substâncias e Qualidade de Vida.

O modelo de Regressão Logística Multivariada *forward stepwise* foi aplicado para identificar quais as principais variáveis associadas ao risco de Suicídio, aqui considerado como respostas positivas às perguntas “*Eu me machuco de propósito ou tento Suicídio*” ou “*Penso em me matar*”.

O mesmo modelo foi aplicado para identificar quais as principais variáveis Síndromes, *DSM-Orientado* e Uso de Substâncias associadas ao risco de Suicídio.

Ainda, o mesmo modelo foi aplicado para avaliar a associação entre qualidade de vida e risco de Suicídio. O *Odds Ratio* (OR) e respectivos Intervalos de Confiança (IC) foram estimados.

Para todos os testes foi considerado um nível mínimo de significância de 5% e a amostra estudada confere poder de teste mínimo de 95%.

### 3.13 ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CEP/HC/UFPR) sob o nº 2571.178/2011-08 (Anexo 7).

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido encontram-se nos Apêndices 1, 2 e 3.

### 3.14 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada considerando as medidas de proteção, minimização de riscos, confidencialidade, responsabilidade do pesquisador e da instituição, de acordo com o compromisso firmado com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná na ocasião de submissão do projeto.

### 3.15 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Esta pesquisa não recebeu nenhum tipo de fomento de agências financiadoras.

Contou com a colaboração das Coordenações dos Cursos de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná e dos professores dos referidos Cursos, que cederam parte de suas aulas, mediante agendamento prévio, para que a pesquisadora pudesse aplicar os instrumentos para os estudantes.



## 4 RESULTADOS

Constituíram a amostra de estudo 1048 alunos de nível superior da Universidade Federal do Paraná, sendo 775 (73,9%) do Curso de Medicina e 273 (26,1%) do Curso de Direito. Na Tabela 1 está apresentado o número de estudantes regularmente matriculados nos dois cursos, número de participantes por ano e índices de rendimento acadêmico.

No período de estudo 1089 alunos estavam regularmente matriculados no curso de Medicina, dos quais 775 (71,2%) participaram do estudo. Dos 314 não participantes, 313 não o fizeram por não estarem presentes nos períodos de aulas reservados pelos professores para aplicação dos instrumentos e apenas um se ausentou após a apresentação inicial do estudo, indicando taxa de adesão de 99,9%. No curso de Direito 444 alunos estavam regularmente matriculados, dos quais 273 (61,5%) participaram do estudo. Dos 171 não participantes, 169 não o fizeram por não estarem presentes e apenas dois se ausentaram após a apresentação inicial do estudo, indicando taxa de adesão de 99,3%.

TABELA 1 – NÚMERO DE ALUNOS MATRICULADOS E NÚMERO DE ALUNOS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO POR ANO – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

ANO DO CURSO	NÚMERO DE ALUNOS MATRICULADOS	NÚMERO DE ALUNOS PARTICIPANTES	IRA
1º ano	279	213 (20,3%)	7827,2 ± 736,1
2º ano	280	183 (17,5%)	7894,1 ± 668,7
3º ano	261	150 (14,3%)	8092,1 ± 559,8
4º ano	277	148 (14,1%)	8070,9 ± 528,7
5º ano	252	228 (21,7%)	8152,4 ± 505,1
6º ano (Medicina)	184	126 (12,0%)	8270,6 ± 408,4
TOTAL	1533	1048 (68,4%)	8035,3 ± 607,5

FONTE: O autor (2016).

NOTA: IRA = Índice de Rendimento Acadêmico.

Entre os 1048 alunos, 437 eram do sexo masculino (41,7%) e 611 do sexo feminino (58,3%) ( $p = 0,60$ ). Os alunos apresentavam em média  $22,1 \pm 3,6$  anos, variando de 17,0 a 60,0 anos. Novecentos e noventa e sete alunos (95,1%) apresentavam idade entre 17 e 27 anos. A maior parte dos alunos era de raça branca

(85,0%). Quinhentos e noventa e sete estudantes (57,0%) referiram morar com a família.

#### 4.1 ESCALA *ADULT SELF REPORT (ASR)* – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO

Os escores da escala de triagem para Transtornos Mentais são classificados em **Normal**, **Limítrofe** e **Clínico**, indicando ausência e sugerindo risco menor ou maior de Transtorno Mental, respectivamente.

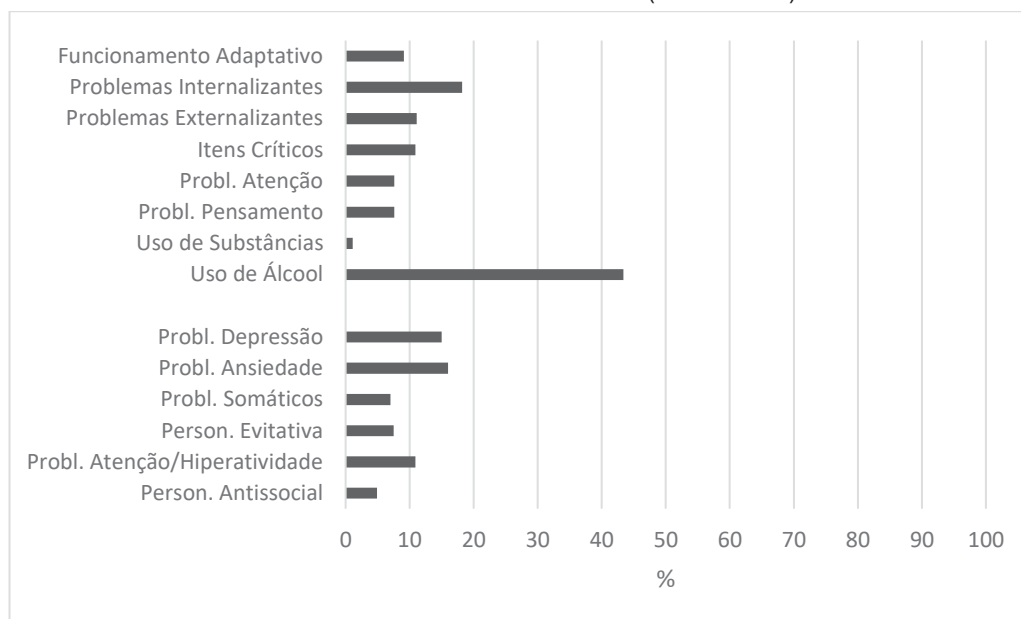
As áreas de avaliação incluem o denominado: a) Funcionamento Adaptativo, que aborda aspectos sobre Amigos, Família, Esposo(a), Trabalho e Educação; b) Problemas Internalizantes, que incluem a Síndrome de Ansiedade/Depressão, Síndrome de Isolamento e Queixas Somáticas; c) Problemas Externalizantes, que incluem Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Intrusivo; d) Síndrome Problemas de Pensamento e Problemas de Atenção; e) Itens Críticos, que englobam dezessete perguntas consideradas críticas e o f) Uso de Substâncias como Tabaco, Drogas e Álcool.

Inclui ainda os Problemas avaliados pelo *DSM-Orientado*: Problemas de Depressão, Ansiedade, Problemas Somáticos, Personalidade Evitativa, Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Personalidade Antissocial.

A presença de risco de pelo menos um Transtorno Mental classificado como **Limítrofe** pelo *Adult Self Report* foi observada em 682 estudantes (65,1%), representada especialmente por Problemas Internalizantes do *ASR* e Problemas de Depressão, Ansiedade e Atenção e Hiperatividade pelo *DSM-Orientado*. O Uso de Álcool, registrado nos Itens Críticos foi de 43,4% (Gráfico 2).

Em 510 estudantes (48,7%) o escore do foi classificado como **Clínico** e os Problemas Internalizantes foram os mais frequentes no *ASR* enquanto no *DSM-Orientado* foram os Problemas de Ansiedade, Depressão e Personalidade Evitativa. O Uso de Álcool, registrado nos Itens Críticos, foi de 15,5% (Gráfico 3).

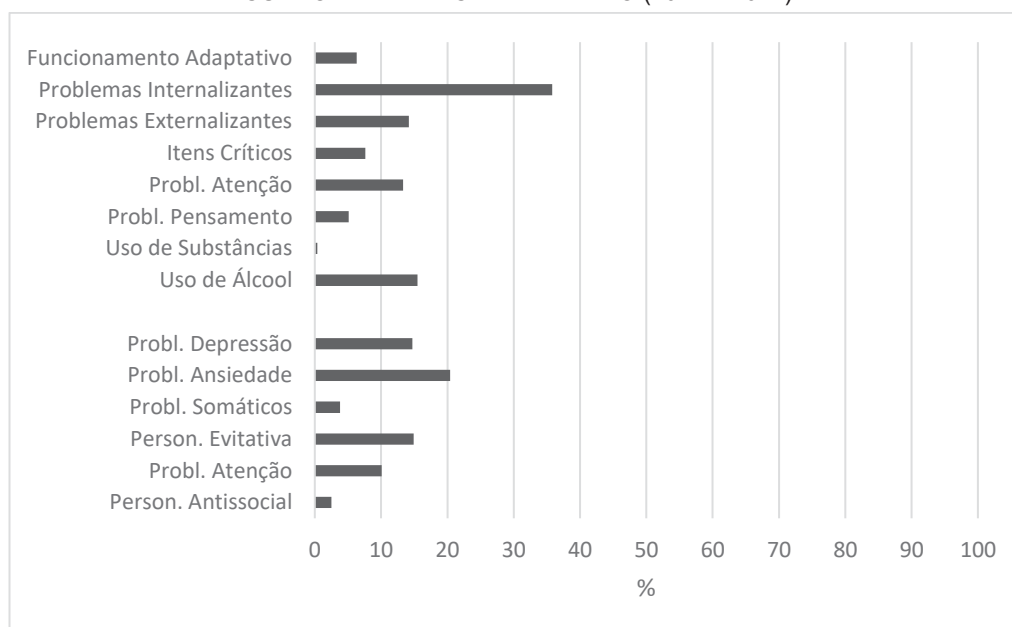
GRÁFICO 2 – ÁREAS DO *ADULT SELF REPORT* CLASSIFICADAS COMO *LIMÍTROFE* -  
CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Probl. = Problemas Person. = Personalidade.

GRÁFICO 3 – ÁREAS DO *ADULT SELF REPORT* CLASSIFICADAS COMO *CLÍNICO* -  
CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Probl. = Problemas Person. = Personalidade.

#### 4.1.1 Funcionamento Adaptativo

As áreas que compõe o Funcionamento Adaptativo incluem Amigos, Esposo(a), Família, Trabalho e Educação, que somadas geram o escore de Funcionamento Adaptativo Geral.

Na Tabela 2 estão apresentadas as frequências de casos classificados como *Limitrofe* e *Clínico* no Funcionamento Adaptativo do ASR. As áreas de Esposo(a) e Trabalho não foram consideradas por apresentarem poucos casos na amostra.

Considerando os casos classificados como *Clínico*, alterações de Funcionamento Adaptativo foram observadas em 6,3% dos estudantes, enquanto *Limitrofe* foi de 9,1%, representados principalmente pelas áreas de Educação e Família. Não se observou diferença significativa entre os Cursos de Medicina e Direito ( $p > 0,05$ ).

TABELA 2 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *LIMITROFE* E *CLÍNICO* NO FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO - ADULT SELF REPORT (ASR) - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

ASR TOTAL	TOTAL (n = 1048)		MEDICINA (n = 775)		DIREITO (n = 273)		p
	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	
<b>Funcionamento Adaptativo</b>							
Geral	<b>95 (9,1%)</b>	<b>66 (6,3%)</b>	78 (10,1%)	46 (5,9%)	17 (6,2%)	20 (7,3%)	0,13
Amigos	58 (5,5%)	21 (2,0%)	46 (5,9%)	16 (2,1%)	12 (4,4%)	05 (1,8%)	0,61
Família	<b>13 (1,2%)</b>	<b>71 (6,8%)</b>	12 (1,5%)	50 (6,4%)	01 (0,4%)	21 (7,7%)	0,25
Educação	<b>59 (5,6%)</b>	<b>120 (11,4%)</b>	49 (6,3%)	91 (11,7%)	10 (3,7%)	29 (10,6%)	0,21

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates.

Não se observou diferença no Funcionamento Adaptativo entre os estudantes do Curso de Direito e Medicina, à exceção da área de Educação, onde se registrou maior frequência de escores classificados como *Limitrofe* no sexo feminino no Curso de Medicina ( $p = 0,02$ ) (Tabela 3).

Considerando o ano do curso e os casos classificados como *Clínico*, observou-se, também na área de Educação do Funcionamento Adaptativo, maior frequência de escores de risco no 3º ano no Curso de Medicina ( $p = 0,04$ ) (Tabela 4).

TABELA 3 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *LIMÍTROFE* E *CLÍNICO* NO FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO DO *ADULT SELF REPORT (ASR)* DE ACORDO COM O SEXO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

CURSOS	SEXO				p
	Masculino (n = 319)		Feminino (n = 456)		
Medicina	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	
	(31–35)	(20–30)	(31–35)	(20–30)	
<b>Funcionamento Adaptativo</b>					
Geral	35 (11,0%)	18 (5,6%)	43 (9,4%)	28 (6,1%)	0,77
Amigos	17 (5,3%)	08 (2,5%)	29 (6,3%)	08 (1,7%)	0,99
Família	09 (2,8%)	17 (5,3%)	03 (0,7%)	33 (7,3%)	0,99
Educação	<b>08 (2,5%)</b>	37 (11,6%)	<b>41 (9,0%)</b>	54 (11,8%)	<b>0,02</b>
Direito	Masculino (n = 118)		Feminino (n = 155)		p
	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	
	(31–35)	(20–30)	(31–35)	(20–30)	
<b>Funcionamento Adaptativo</b>					
Geral	09 (7,6%)	08 (6,8%)	08 (5,2%)	12 (7,7%)	0,85
Amigos	05 (4,2%)	02 (1,7%)	07 (4,5%)	03 (1,9%)	0,93
Família	01 (0,8%)	07 (5,9%)	00 (0,0%)	14 (9,0%)	0,65
Educação	00 (0,0%)	12 (10,2%)	10 (6,4%)	17 (11,0%)	0,12

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates

TABELA 4 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *CLÍNICO* - FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO DO *ADULT SELF REPORT (ASR)* DE ACORDO COM O ANO DO CURSO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

CURSOS	ANOS DO CURSO						p
	1º (n = 82)	2º (n = 62)	3º (n = 45)	4º (n = 72)	5º (n = 50)	6º (n = 61)	
Medicina							
<b>Funcionamento Adaptativo</b>							
Geral	6 (4,2%)	5 (4,2%)	13 (11,7%)	7 (5,9%)	8 (5,0%)	7 (5,6%)	0,05
Amigos	3 (2,1%)	1 (0,8%)	6 (5,4%)	2 (1,7%)	3 (1,9%)	1 (0,8%)	0,22
Família	5 (3,5%)	5 (4,3%)	9 (8,1%)	8 (6,8%)	11 (6,9%)	12 (9,5%)	0,51
Educação	13 (9,0%)	13 (11,1%)	<b>22 (19,8%)</b>	17 (14,4%)	16 (10,1%)	10 (7,9%)	<b>0,04</b>
Direito	ANOS DO CURSO						p
	1º (n = 69)	2º (n = 66)	3º (n = 40)	4º (n = 30)	5º (n = 68)	---	
<b>Funcionamento Adaptativo</b>							
Geral	6 (8,7%)	6 (9,1%)	2 (5,1%)	2 (6,7%)	4 (5,8%)	---	0,91
Amigos	2 (2,9%)	0 (0,0%)	1 (2,6%)	0 (0,0%)	2 (2,9%)	---	0,66
Família	7 (10,0%)	7 (10,6%)	1 (2,6%)	1 (3,3%)	5 (7,2%)	---	0,55
Educação	3 (4,3%)	9 (13,6%)	5 (12,8%)	4 (13,3%)	8 (11,6%)	---	0,71

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates (comparação entre os casos classificados como *Clínico versus Normal*)

#### 4.1.2 Questões Abertas da Escala *Adult Self Report (ASR)* (*Moradia, Doenças e Preocupações*)

Quinhentos e noventa e sete estudantes do Curso de Medicina (57,0%) e 198 (72,5%) do Curso de Direito referiram morar com a família.

Entre os alunos do Curso de Medicina e de Direito, em 67,1% e 74,0%, respectivamente, nenhuma doença foi assinalada no questionário. Quando presente, as principais doenças observadas foram alergias crônicas, problemas de acuidade visual e alterações do sono. Esta última foi observada em 13,0% entre os alunos do Curso de Medicina e em 8,0% no Curso de Direito.

Preocupações de uma forma geral foram frequente nos dois Cursos, destacando-se preocupações com relacionamentos, competência acadêmica, sobrecarga de atividades acadêmicas e Prova de Residência Médica, no Curso de Medicina (Tabela 5).

TABELA 5 – PREOCUPAÇÕES DOS ALUNOS – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

PREOCUPAÇÕES	MEDICINA (n = 775)	DIREITO (n = 273)	p
Geral	648 (83,6%)	239 (87,5%)	0,14
Relacionamentos	175 (22,6%)	77 (28,2%)	0,07
Pouco tempo com a família	59 (7,6%)	2 (0,7%)	< 0,001
Distância da família	88 (11,3%)	10 (3,7%)	< 0,001
Expectativa dos pais	47 (6,1%)	17 (6,2%)	0,95
Financeira	116 (15,0%)	56 (20,5%)	0,04
Competência acadêmica	219 (28,3%)	55 (20,1%)	0,01
Sobrecarga de atividades acadêmicas	246 (31,7%)	---	---
Falta de motivação	20 (2,6%)	33 (12,1%)	< 0,001
Prova de Residência Médica	163 (21,0%)	---	---

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson.

No Curso de Medicina, nos primeiros 2 anos as preocupações mais frequentes foram o menor tempo com a família (26,1% *versus* ~ 4,2%;  $p < 0,01$ ), distância da família (14,6% e 20,5% *versus* ~ 8,5%;  $p < 0,01$ ) e dúvidas sobre a escolha certa do curso (6,2% e 3,4%,  $p = 0,05$ ), com nível de significância limítrofe. No 2º ano predominaram preocupações financeiras (18,3% *versus* ~11,5%,  $p < 0,001$ ). No 3º ano, a competência acadêmica (42,7%;  $p = 0,001$ ) e os

relacionamentos (31,5%,  $p = 0,06$ ). Preocupação com o desempenho acadêmico foi visto nos primeiros 4 anos (~38,9% *versus* 2,8%;  $p < 0,001$ ). Nos últimos dois anos predominou a preocupação com a Prova de Residência Médica (38,4% e 48,4%;  $p < 0,001$ ).

No Curso de Direito observou-se no 1º ano maior preocupação com a escolha certa do curso (29,0%,  $p < 0,001$ ), no 2º e 3º anos Desempenho Acadêmico (33,3% e 23,1%,  $p < 0,001$ ), no 3º ano Expectativa dos pais (17,9%,  $p < 0,001$ ) e nos últimos 3 anos Preocupações Financeiras (20,5%, 23,3% e 24,6%,  $p < 0,001$ ).

Falta de motivação foi observada em 20 estudantes do Curso de Medicina (2,6%) e em 12,1% entre os alunos do Curso de Direito ( $p < 0,001$ ).

Entre os estudantes de Medicina e de Direito, respectivamente, 40,2% e 36,6% consideraram seus professores como ponto alto dos seus Cursos. Avaliação negativa dos professores foi registrada em 18,3% e 14,6% dos alunos do Curso de Medicina e de Direito.

#### 4.1.3 Problemas Internalizantes, Externalizantes, Total de Problemas

Os Problemas Internalizantes incluem a Síndrome Ansiedade/Depressão, Síndrome Isolamento e Queixas Somáticas. Os Externalizantes o Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Intrusivo. Juntos, eles compõem o Total de Problemas.

Problemas Internalizantes foram observados em nível *Clínico* em 35,8% dos casos, representados principalmente por Síndrome de Ansiedade/Depressão (18,0%) e Problemas de Isolamento (14,2%). Problemas Externalizantes foram observados em 14,2% dos alunos, representados principalmente por Comportamento Intrusivo (4,7%) e Comportamento Agressivo (4,5%). Entre os alunos do Curso de Direito observou-se maior frequência de casos classificados como *Clínico* para Síndrome de Ansiedade/Depressão (21,6% *versus* 16,8%;  $p = 0,04$ ), Queixas Somáticas (7,3% *versus* 5,4%;  $p = 0,04$ ) e Comportamento de Quebrar-Regras (3,7% *versus* 1,5%;  $p = 0,04$ ). Ainda, em nível *Limítrofe*, observou-se maior frequência de Comportamento Agressivo (11,7% *versus* 7,6%;  $p = 0,04$ ) (Tabela 6).

TABELA 6 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *LIMITROFE* E *CLÍNICO* PARA PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES, TOTAL DE PROBLEMAS E ITENS CRÍTICOS PELO *ADULT SELF REPORT (ASR)* - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

ASR TOTAL	TOTAL (n = 1048)		MEDICINA (n = 775)		DIREITO (n = 273)		p
	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	
<b>Problemas</b>							
Total de Problemas	143 (13,6%)	<b>227 (21,7%)</b>	102 (13,2%)	157 (20,2%)	41 (15,0%)	70 (25,6%)	0,08
Internalizantes	191 (18,2%)	<b>375 (35,8%)</b>	133 (17,2%)	269 (34,7%)	58 (21,2)	106 (38,8%)	0,05
Ansied/Depr	169 (16,1%)	<b>189 (18,0%)</b>	124 (16,0%)	<b>130 (16,8%)</b>	45 (16,5%)	<b>59 (21,6%)</b>	<b>0,04</b>
Isolamento	161 (15,4%)	<b>149 (14,2%)</b>	119 (15,3%)	98 (12,6%)	42 (15,4%)	51 (18,7%)	0,17
Qx. Somáticas	85 (8,1%)	62 (5,9%)	61 (7,9%)	<b>42 (5,4%)</b>	24 (8,8%)	<b>20 (7,3%)</b>	<b>0,04</b>
Externalizantes	117 (11,2%)	<b>149 (14,2%)</b>	86 (11,1%)	98 (12,6%)	31 (11,3%)	51 (18,7%)	0,44
Comp. Agressivo	91 (8,7%)	<b>47 (4,5%)</b>	<b>59 (7,6%)</b>	31 (4,0%)	<b>32 (11,7%)</b>	16 (5,9%)	<b>0,04</b>
Comp. Q. Regras	47 (4,5%)	22 (2,1%)	33 (4,2%)	<b>12 (1,5%)</b>	14 (5,1%)	<b>10 (3,7%)</b>	<b>0,04</b>
Comp. Intrusivo	61 (5,8%)	<b>49 (4,7%)</b>	46 (5,9%)	31 (4,0%)	15 (5,5%)	18 (6,6%)	0,08

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson/Yates    Ansied. = Ansiedade    Depr. = Depressão    Qx. = Queixas  
Comp. = Comportamento    Q. = Quebrar.

Síndrome de Ansiedade/Depressão em nível *Clínico* (21,3% *versus* 10,3%;  $p < 0,001$ ) e Queixas Somáticas (7,0% *versus* 3,1%;  $p < 0,001$ ) foram mais frequentes no sexo feminino no Curso de Medicina. Ainda, em nível *Limitrofe*, Síndrome de Isolamento (18,4% *versus* 11,0%;  $p < 0,01$ ) também foi observada.

No Curso de Direito, Síndrome de Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas e Comportamento Agressivo foram vistas com maior frequência no sexo feminino em nível *Clínico* e *Limitrofe* ( $p = 0,01$ ;  $p = 0,03$  e  $p = 0,04$ ) (Tabela 7).

Considerando-se somente os casos classificados como *Clínico* observou-se no 3º ano do Curso de Medicina maior frequência de Problemas Internalizantes (46,8%), representados principalmente por Síndrome de Ansiedade/Depressão (27,0%) e Queixas Somáticas (10,8%).

No Curso de Direito, no mesmo ano, houve maior frequência de Queixas Somáticas (~12,0%) (Tabela 8).



TABELA 7 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *LIMITROFE* E *CLÍNICO* PARA PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS PELO *ADULT SELF REPORT (ASR)* DE ACORDO COM O SEXO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

CURSOS	SEXO				p
	Masculino (n = 319)		Feminino (n = 456)		
	<i>Limitrofe</i> (31 – 35)	<i>Clínico</i> (20 – 30)	<i>Limitrofe</i> (31 – 35)	<i>Clínico</i> (20 – 30)	
<b>Problemas</b>					
Total de Problemas	45 (14,1%)	<b>47 (14,7%)</b>	57 (12,5%)	<b>110 (24,1%)</b>	<b>0,02</b>
Internalizantes	58 (18,2%)	<b>84 (26,3%)</b>	75 (16,4%)	<b>185 (40,6%)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Ansiedade/Depressão	48 (15,0%)	<b>33 (10,3%)</b>	76 (16,7%)	<b>97 (21,3%)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Isolamento	<b>35 (11,0%)</b>	36 (11,3%)	<b>84 (18,4%)</b>	62 (13,6%)	<b>&lt; 0,01</b>
Queixas Somáticas	<b>14 (4,4%)</b>	<b>10 (3,1%)</b>	<b>47 (10,3%)</b>	<b>32 (7,0%)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Externalizantes	33 (10,3%)	37 (11,6%)	53 (11,6%)	61 (13,4%)	0,36
Comp. Agressivo	19 (6,0%)	<b>09 (2,8%)</b>	40 (8,8%)	<b>22 (4,8%)</b>	<b>0,05</b>
Comp. Quebrar Regras	16 (5,0%)	07 (2,2%)	17 (3,7%)	05 (1,1%)	0,21
Comp. Intrusivo	15 (4,7%)	13 (4,1%)	31 (6,8%)	18 (3,9%)	0,43
Direito	SEXO				p
	Masculino (n = 118)		Feminino (n = 155)		
	<i>Limitrofe</i> (31 – 35)	<i>Clínico</i> (20 – 30)	<i>Limitrofe</i> (31 – 35)	<i>Clínico</i> (20 – 30)	
<b>Problemas</b>					
Total de Problemas	22 (18,6%)	19 (16,1%)	14 (9,0%)	23 (14,8%)	0,27
Internalizantes	23 (19,5%)	<b>38 (32,2%)</b>	35 (22,6%)	<b>68 (43,9%)</b>	<b>0,04</b>
Ansiedade/Depressão	<b>16 (13,6%)</b>	<b>19 (16,1%)</b>	<b>29 (18,7%)</b>	<b>40 (25,8%)</b>	<b>0,01</b>
Isolamento	<b>08 (6,8%)</b>	24 (20,3%)	<b>34 (21,9%)</b>	27 (17,4%)	<b>0,04</b>
Queixas Somáticas	<b>07 (5,9%)</b>	<b>05 (4,2%)</b>	<b>17 (11,0%)</b>	<b>15 (9,7%)</b>	<b>0,03</b>
Externalizantes	10 (8,5%)	19 (16,1%)	21 (13,5%)	32 (20,6%)	0,20
Comp. Agressivo	<b>10 (8,5%)</b>	<b>04 (3,4%)</b>	<b>22 (14,2%)</b>	<b>12 (7,7%)</b>	<b>0,04</b>
Comp. Quebrar Regras	04 (3,4%)	04 (3,4%)	10 (6,4%)	06 (3,9%)	0,41
Comp. Intrusivo	04 (3,4%)	10 (8,5%)	11 (7,1%)	08 (5,2%)	0,92

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson/Yates    Comp. = Comportamento.

TABELA 8 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *CLÍNICO* PARA PROBLEMAS INTERNALIZANTES, EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS PELO *ADULT SELF REPORT (ASR)* DE ACORDO COM O ANO DO CURSO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

CURSOS	ANOS DO CURSO						p
	1º (n = 82)	2º (n = 62)	3º (n = 45)	4º (n = 72)	5º (n = 50)	6º (n = 61)	
Medicina							
<b>Problemas</b>							
Total de Problemas	26 (18,1%)	22 (18,8%)	<b>33 (29,7%)</b>	24 (20,3%)	32 (20,1%)	20 (15,9%)	<b>0,03</b>
Internalizantes	47 (32,6%)	42 (35,9%)	<b>52 (46,8%)</b>	41 (34,7%)	59 (37,1%)	28 (22,2%)	<b>0,04</b>
Ansiedade/Depressão	17 (11,8%)	22 (18,8%)	<b>30 (27,0%)</b>	18 (15,2%)	32 (20,1%)	11 (8,7%)	<b>0,02</b>
Isolamento	14 (9,7%)	10 (8,5%)	19 (17,1%)	16 (13,6%)	24 (15,1%)	15 (11,9%)	0,20
Queixas Somáticas	2 (1,4%)	5 (4,3%)	<b>12 (10,8%)</b>	<b>12 (10,2%)</b>	9 (5,7%)	2 (1,6%)	<b>0,02</b>
Externalizantes	14 (9,7%)	23 (19,7%)	18 (16,2%)	12 (10,2%)	17 (10,7%)	14 (11,1%)	0,45
Comp. Agressivo	4 (2,8%)	4 (3,4%)	3 (2,7%)	4 (3,4%)	10 (6,3%)	6 (4,8%)	0,56
Comp. Q. Regras	0 (0,0%)	4 (3,4%)	3 (2,7%)	2 (1,7%)	2 (1,3%)	1 (0,8%)	0,17
Comp. Intrusivo	14 (9,7%)	6 (5,1%)	1 (0,9%)	4 (3,4%)	2 (1,3%)	4 (3,2%)	0,19
Direito							
	ANOS DO CURSO						p
	1º (n = 69)	2º (n = 66)	3º (n = 40)	4º (n = 30)	5º (n = 68)	---	
<b>Problemas</b>							
Total de Problemas	14 (20,3%)	19 (28,8%)	14 (35,9%)	10 (33,3%)	13 (18,8%)	---	0,16
Internalizantes	20 (29,0%)	28 (42,4%)	18 (46,1%)	14 (46,7%)	26 (37,7%)	---	0,23
Ansiedade/Depressão	14 (20,3%)	14 (21,2%)	11 (28,2%)	7 (23,3%)	13 (18,8%)	---	0,44
Isolamento	10 (14,5%)	15 (22,7%)	10 (25,6%)	8 (26,7%)	8 (11,6%)	---	0,22
Queixas Somáticas	4 (5,8%)	<b>7 (10,6%)</b>	<b>5 (12,8%)</b>	1 (3,3%)	3 (4,3%)	---	<b>0,03</b>
Externalizantes	8 (11,6%)	19 (28,8%)	8 (20,5%)	5 (16,7%)	11 (15,9%)	---	0,13
Comp. Agressivo	<b>5 (7,2%)</b>	<b>7 (10,6%)</b>	1 (2,6%)	0 (0,0%)	3 (4,3%)	---	0,05
Comp. Q. Regras	3 (4,3%)	2 (3,0%)	1 (2,6%)	1 (3,3%)	3 (4,3%)	---	0,29
Comp. Intrusivo	2 (2,9%)	5 (7,6%)	2 (5,1%)	3 (10,0%)	6 (8,7%)	---	0,10

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson (comparação entre os casos classificados como *Clínico versus Normal*)

Comp. = Comportamento Q. = Quebrar.

#### 4.1.4 Itens Críticos e Síndromes

Os Itens Críticos incluem 17 questões consideradas críticas como: “Choro muito”, “Penso em me matar”, “Sou infeliz, triste e deprimido”, “Obsessões”, “Me machuco de propósito/Suicídio”, “Escuto sons ou vozes inexistentes”, “Compulsões”, “Vejo coisas inexistentes”, “Faço coisas estranhas”, “Dificuldade de concentração e atenção”, “Sou malvado com os outros”, “Oscilação de humor”, “Agressão física aos outros”, “Ameaço machucar pessoas”, “Uso drogas ilícitas”, “Consumo álcool ou fico bêbado” e “Tenho problemas com a lei”.

Itens Críticos foram registrados em 7,6% dos casos e Problemas de Atenção em 13,3%. Problemas de Pensamento foram mais frequentes, em nível *Limítrofe* e *Clínico*, no Curso de Direito ( $p < 0,01$ ) (Tabela 9).

Problemas de Atenção foram mais frequentes no sexo feminino entre estudantes do Curso de Medicina ( $p < 0,001$ ) e de Direito ( $p < 0,01$ ) (Tabela 10).

Itens Críticos foram observados com mais frequência no 3º ano no Curso de Medicina ( $p = 0,01$ ) e no 4º ano no Curso de Direito ( $p = 0,03$ ) (Tabela 11).

TABELA 9 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *LIMÍTROFE* E *CLÍNICO* PARA ITENS CRÍTICOS E SÍNDROMES PELO *ADULT SELF REPORT (ASR)* - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

PROBLEMAS	TOTAL (n = 1048)		MEDICINA (n = 775)		DIREITO (n = 273)		p
	<i>Limítrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limítrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limítrofe</i>	<i>Clínico</i>	
Itens Críticos	114 (10,9%)	<b>80 (7,6%)</b>	88 (11,3%)	47 (6,1%)	26 (9,5%)	33 (12,1%)	0,21
Probl. Pensamento	80 (7,6%)	<b>53 (5,0%)</b>	<b>52 (6,7%)</b>	<b>29 (3,7%)</b>	<b>28 (10,2%)</b>	<b>24 (8,8%)</b>	<b>&lt; 0,01</b>
Probl. Atenção	80 (7,6%)	<b>139 (13,3%)</b>	51 (6,6%)	106 (13,7%)	29 (10,6%)	33 (12,1%)	0,08

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson/Yates Probl. = Problemas.

TABELA 10 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *LIMÍTROFE* E *CLÍNICO* PARA ITENS CRÍTICOS E SÍNDROMES PELO *ADULT SELF REPORT (ASR)* DE ACORDO COM O SEXO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

CURSOS	SEXO				p
	Masculino (n = 319)		Feminino (n = 456)		
	<i>Limítrofe</i> (31 – 35)	<i>Clínico</i> (20 – 30)	<i>Limítrofe</i> (31 – 35)	<i>Clínico</i> (20 – 30)	
Itens Críticos	29 (9,1%)	20 (6,3%)	59 (12,9%)	27 (5,9%)	0,25
Probl. Pensamento	23 (7,2%)	9 (2,8%)	29 (6,4%)	20 (4,4%)	0,48
Probl. Atenção	18 (5,6%)	<b>23 (7,2%)</b>	33 (7,2%)	<b>83 (18,2%)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Direito	SEXO				p
	Masculino (n = 118)		Feminino (n = 155)		
	<i>Limítrofe</i> (31 – 35)	<i>Clínico</i> (20 – 30)	<i>Limítrofe</i> (31 – 35)	<i>Clínico</i> (20 – 30)	
Itens Críticos	12 (10,2%)	10 (8,5%)	14 (9,0%)	23 (14,8%)	0,27
Probl. Pensamento	10 (8,5%)	6 (5,1%)	18 (11,6%)	18 (11,6%)	0,09
Probl. Atenção	14 (11,9%)	<b>6 (5,1%)</b>	15 (9,7%)	<b>27 (17,4%)</b>	<b>&lt; 0,01</b>

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson/Yates Probl. = Problemas.

TABELA 11 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *CLÍNICO* PARA ITENS CRÍTICOS E SÍNDROMES PELO *ADULT SELF REPORT (ASR)* DE ACORDO COM O ANO DO CURSO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

CURSOS	ANOS DO CURSO						p
	1º (n = 82)	2º (n = 62)	3º (n = 45)	4º (n = 72)	5º (n = 50)	6º (n = 61)	
Medicina							
Itens Críticos	8 (5,6%)	5 (4,3%)	<b>11 (9,9%)</b>	6 (5,1%)	10 (6,3%)	7 (5,6%)	<b>0,01</b>
Probl. Pensamento	3 (2,1%)	3 (2,6%)	7 (6,3%)	2 (1,7%)	10 (6,3%)	4 (3,2%)	0,10
Probl. Atenção	19 (13,2%)	14 (12,0%)	16 (14,4%)	19 (16,1%)	26 (16,3%)	12 (9,5%)	0,24
Direito	ANOS DO CURSO						p
	1º (n = 69)	2º (n = 66)	3º (n = 40)	4º (n = 30)	5º (n = 68)	---	
Itens Críticos	9 (13,0%)	9 (13,6%)	5 (12,8%)	<b>5 (16,7%)</b>	5 (7,2%)	---	<b>0,03</b>
Probl. Pensamento	9 (13,0%)	7 (10,6%)	4 (10,3%)	2 (6,7%)	2 (2,9%)	---	0,14
Probl. Atenção	4 (5,8%)	11 (16,7%)	6 (15,4%)	4 (13,3%)	8 (11,6%)	---	0,19

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson (comparação entre os casos classificados como *Clínico versus Normal*)  
Probl. = Problemas

Entre os Itens Críticos os mais frequentemente observados nos estudantes de Medicina foram “Dificuldade de Concentração e Atenção” (27,3%), “Obsessões” (17,8%), “Oscilação de Humor” (17,2%), “Consumo Álcool/Fico Bêbado” (15,5%) e “Choro Muito” (10,8%) (Tabela 12).

Entre os alunos do Curso de Direito alguns Itens Críticos foram vistos com mais frequência como “Obsessões” (26,0%), “Dificuldade de Atenção e Concentração” (22,7%), “Oscilação de Humor” (22,3%), “Consumo Álcool/Fico Bêbado” (15,7%) e “Choro Muito” (12,4%) (Tabela 12).

#### 4.1.5 Uso de Substâncias

Para o uso de Substâncias foram consideradas as respostas as perguntas: “Nos últimos seis meses aproximadamente, quantas vezes por dia você usou: Tabaco; Ficou bêbado (a); Usou drogas sem fins Medicinais”, padronizado pelo instrumento. Para identificação dos casos de Uso de Álcool foi considerada também a pergunta “Consumo bebida alcóolica ou Fico bêbado”. Observou-se elevada frequência do uso de álcool em nível *Limítrofe* (43,4%), sem diferença significativa entre os Cursos ( $p = 0,19$ ) (Tabela 13).

Uso de Álcool em nível *Clínico* foi visto com maior frequência no sexo masculino entre estudantes do Curso de Medicina ( $p = 0,04$ ) (Tabela 14).

No Curso de Medicina a maior frequência de Uso de Álcool foi vista nos 4 primeiros anos ( $p = 0,02$ ) (Tabela 15).

O uso de Tabaco não foi analisado em função do pequeno número de casos.

TABELA 12 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO LIMÍTROFE E CLÍNICO PARA ITENS CRÍTICOS PELO ADULT SELF REPORT (ASR) - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 - 2012)

ITENS CRÍTICOS	TOTAL (n = 1048)		MEDICINA (n = 775)		DIREITO (n = 273)		p
	Limítrofe	Clínico	Limítrofe	Clínico	Limítrofe	Clínico	
Choro muito	261 (24,9%)	118 (11,2%)	191 (24,6%)	84 (10,8%)	70 (25,6%)	34 (12,4%)	0,68
<b>Penso em me matar</b>	85 (8,1%)	21 (2,0%)	63 (8,1%)	10 (1,3%)	22 (8,0%)	11 (4,0%)	<b>0,01</b>
<b>Sou infeliz/deprimido</b>	298 (28,4%)	54 (5,1%)	218 (28,1%)	31 (4,0%)	80 (29,3%)	23 (8,4%)	<b>&lt; 0,01</b>
<b>Obsessões</b>	273 (26,0%)	209 (19,9%)	205 (26,4%)	138 (17,8%)	68 (24,9%)	71 (26,0%)	<b>&lt; 0,01</b>
Me machuco/Suicídio	37 (3,5%)	5 (0,5%)	21 (2,7%)	2 (0,2%)	16 (5,9%)	3 (1,1%)	0,20
Escuto sons ou vozes	21 (2,0%)	5 (0,5%)	10 (1,3%)	2 (0,2%)	11 (4,0%)	3 (1,1%)	0,20
<b>Compulsões</b>	91 (8,7%)	44 (4,2%)	64 (8,2%)	26 (3,3%)	27 (9,9%)	18 (6,6%)	<b>0,02</b>
Vejo coisas inexistentes	17 (1,6%)	14 (1,3%)	12 (1,5%)	9 (1,2%)	5 (1,8%)	5 (1,8%)	0,59
Faço coisas estranhas	113 (10,8%)	65 (6,2%)	71 (9,2%)	42 (5,4%)	42 (15,4%)	23 (8,4%)	0,05
<b>Dificuldade atenção</b>	487 (46,5%)	274 (26,1%)	363 (46,8%)	212 (27,3%)	124 (45,4%)	62 (22,7%)	<b>0,04</b>
Sou malvado c/ outros	231 (22,0%)	15 (1,4%)	159 (20,5%)	9 (1,2%)	72 (26,4%)	6 (2,2%)	0,27
Oscilação de humor	365 (34,8%)	194 (18,5%)	272 (35,1%)	133 (17,2%)	93 (34,1%)	61 (22,3%)	0,07
Agressão física	23 (2,2%)	2 (0,2%)	19 (2,4%)	1 (0,1%)	4 (1,5%)	1 (0,4%)	0,96
Ameaço machucar	32 (3,0%)	6 (0,6%)	21 (2,7%)	4 (0,5%)	11 (4,0%)	2 (0,7%)	0,96
Uso drogas ilícitas	59 (5,6%)	12 (1,1%)	38 (4,9%)	7 (0,9%)	21 (7,7%)	5 (1,8%)	0,33
Uso álcool/bêbado	455 (43,4%)	163 (15,5%)	325 (41,9%)	120 (15,5%)	130 (47,6%)	43 (15,7%)	0,49
Problemas com a lei	74 (7,1%)	20 (1,9%)	55 (7,1%)	18 (2,3%)	19 (6,9%)	2 (0,7%)	0,16

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates considerando as frequências de Clínico versus Normal

TABELA 13 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *LIMITROFE* E *CLÍNICO* PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PELO *ADULT SELF REPORT (ASR)* - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

ASR TOTAL	TOTAL		MEDICINA		DIREITO		p
	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	
<b>Uso de Substâncias</b>							
Geral	12 (1,1%)	04 (0,4%)	08 (1,0%)	03 (0,4%)	04 (1,5%)	01 (0,4%)	0,84
Tabaco	03 (0,3%)	01 (0,1%)	03 (0,4%)	01 (0,1%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	0,49
Álcool	37 (3,5%)	26 (2,5%)	20 (2,6%)	19 (2,4%)	17 (6,2%)	7 (2,6%)	0,96
Drogas	59 (5,6%)	12 (1,1%)	38 (4,9%)	07 (0,9%)	21 (7,7%)	05 (1,8%)	0,09
Uso de Álcool*	<b>455 (43,4%)</b>	<b>163 (15,5%)</b>	325 (41,9%)	120 (15,5%)	130 (47,6%)	43 (15,7%)	0,19

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates \*Uso de Álcool: considerando o Item Crítico “Consumo bebida alcoólica ou Fico bêbado”.

TABELA 14 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *LIMITROFE* E *CLÍNICO* PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PELO *ADULT SELF REPORT (ASR)* DE ACORDO COM O SEXO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

CURSOS	SEXO				p
	Masculino (n = 319)		Feminino (n = 456)		
Medicina	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	
	(31 – 35)	(20 – 30)	(31 – 35)	(20 – 30)	
<b>Uso de Substâncias</b>					
Geral	04 (1,2%)	02 (0,6%)	04 (0,9%)	01 (0,2%)	0,54
Álcool	0,3 (0,9%)	0,7 (2,2%)	17,0 (3,7%)	12 (12,6%)	0,06
Drogas	01 (0,3%)	01 (0,3%)	03 (0,7%)	02 (0,4%)	0,76
Uso de Álcool*	145 (45,4%)	<b>67 (21,0%)</b>	180 (39,5%)	<b>53 (11,6%)</b>	<b>0,04</b>
Direito	SEXO				p
	Masculino (n = 118)		Feminino (n = 155)		
	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limitrofe</i>	<i>Clínico</i>	
	(31 – 35)	(20 – 30)	(31 – 35)	(20 – 30)	
<b>Uso de Substâncias</b>					
Geral	02 (1,7%)	00 (0,0%)	02 (1,3%)	01 (0,6%)	0,65
<b>Álcool</b>	<b>0,2 (1,7%)</b>	<b>0,3 (2,5%)</b>	<b>15,0 (9,7%)</b>	<b>4,0 (2,6%)</b>	<b>0,02</b>
Drogas	03 (2,5%)	01 (0,8%)	04 (2,6%)	01 (0,6%)	0,98
Uso de Álcool*	65 (55,1%)	17 (14,4%)	65 (41,9%)	26 (16,8%)	0,31

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates considerando a comparação de frequência de *Clínico* entre os sexos \*Uso de Álcool: considerando o Item Crítico “Consumo bebida alcoólica ou Fico bêbado”

TABELA 15 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *CLÍNICO* PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PELO *ADULT SELF REPORT (ASR)* DE ACORDO COM O ANO DO CURSO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

CURSOS	ANOS DO CURSO						p
	1° (n = 82)	2° (n = 62)	3° (n = 45)	4° (n = 72)	5° (n = 50)	6° (n = 61)	
Medicina							
<b>Uso de Substâncias</b>							
Geral	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)	1,00
Álcool	0,8 (5,6%)	0,8 (6,8%)	0,3 (2,7%)	0,2 (1,7%)	0,1 (0,6%)	<b>17,0 (13,5%)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Drogas	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)	1,00
Uso de Álcool*	<b>89 (61,8%)</b>	<b>77 (65,8%)</b>	<b>69 (62,2%)</b>	<b>69 (58,5%)</b>	80 (50,3%)	61 (48,34%)	<b>0,02</b>
Direito	ANOS DO CURSO						p
	1° (n = 69)	2° (n = 66)	3° (n = 40)	4° (n = 30)	5° (n = 68)	---	
<b>Uso de Substâncias</b>							
Geral	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	---	0,95
Álcool	0,8 (11,6%)	4,0 (6,1%)	2,0 (5,1%)	4,0 (13,3%)	6,0 (8,7)	---	0,60
Drogas	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)	---	0,20
Uso de Álcool*	37 (53,6%)	44 (66,7%)	22 (56,4%)	22 (73,3%)	48 (69,6%)	---	0,17

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson (comparação entre os casos classificados como *Clínico versus Normal*) \*Uso de Álcool: considerando o Item Crítico "Consumo bebida alcoólica ou Fico bêbado"

#### 4.1.6 DSM-Orientado

Os Problemas em nível *Clínico* apontados pelo *DSM-Orientado* foram principalmente Ansiedade (20,4%), Depressão (14,7%) e Personalidade Evitativa (14,9%). Apenas os Problemas Somáticos foram mais frequentes no Curso de Direito ( $p = 0,01$ ) (Tabela 16).

TABELA 16 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *LIMÍTROFE* E *CLÍNICO* PELO *DSM-ORIENTADO* - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

DSM-Orientado	TOTAL (n = 1048)		MEDICINA (n = 775)		DIREITO (n = 273)		p
	Limitrofe	Clínico	Limitrofe	Clínico	Limitrofe	Clínico	
<b>Problemas</b>							
Depressão	<b>157 (15,0%)</b>	<b>154 (14,7%)</b>	110 (14,2%)	112 (14,4%)	47 (17,2%)	42 (15,4%)	0,40
Ansiedade	<b>168 (16,0%)</b>	<b>214 (20,4%)</b>	123 (15,9%)	159 (20,5%)	45 (16,5%)	55 (20,1%)	0,96
Somáticos	73 (7,0%)	40 (3,8%)	<b>47 (6,1%)</b>	<b>24 (3,1%)</b>	<b>26 (9,5%)</b>	<b>16 (5,9%)</b>	<b>0,01</b>
Person. Evitativa	<b>79 (7,5%)</b>	<b>156 (14,9%)</b>	56 (7,2%)	110 (14,2%)	23 (8,4%)	46 (16,8%)	0,42
Atenção/Hiperativ	114 (10,9%)	106 (10,1%)	80 (10,3%)	76 (9,8%)	34 (12,4%)	30 (11,0%)	0,49
Person. Antissocial	51 (4,9%)	26 (2,5%)	39 (5,0%)	17 (2,2%)	12 (4,4%)	09 (3,3%)	0,55

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates Person. = Personalidade Hiperativ. = Hiperatividade.



Problemas de Depressão ( $p < 0,001$ ), Ansiedade ( $p = 0,03$ ) e de Déficit de Atenção/Hiperatividade foram vistos com mais frequência entre estudantes do sexo feminino no Curso de Medicina. No Curso de Direito, Problemas de Ansiedade em nível *Clínico* foram mais frequentes no sexo feminino e em nível *Limítrofe* no sexo masculino ( $p < 0,001$ ). O mesmo se observou para Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade ( $p < 0,001$ ) (Tabela 17).

TABELA 17 – FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO *LIMÍTROFE* E *CLÍNICO* PELO DSM-ORIENTADO DE ACORDO COM O SEXO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

CURSOS	SEXO				p
	Masculino (n = 319)		Feminino (n = 456)		
Medicina	<i>Limítrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limítrofe</i>	<i>Clínico</i>	
	(31 – 35)	(20 – 30)	(31 – 35)	(20 – 30)	
<b>Problemas</b>					
Depressão	42 (13,2%)	<b>31 (9,7%)</b>	68 (14,9%)	<b>81 (17,8%)</b>	<b>&lt; 0,01</b>
Ansiedade	65 (20,4%)	<b>37 (11,6%)</b>	58 (12,7%)	<b>122 (26,7%)</b>	<b>0,03</b>
Somáticos	20 (6,3%)	04 (1,2%)	27 (5,9%)	20 (4,4%)	0,23
Person. Evitativa	23 (7,2%)	38 (11,9%)	33 (7,2%)	72 (15,8%)	0,22
Atenção/Hiperativ.	32 (10,0%)	<b>12 (3,8%)</b>	48 (10,5%)	<b>64 (14,0%)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Person. Antissocial	15 (4,7%)	10 (3,1%)	24 (5,3%)	07 (1,5%)	0,68
Direito	SEXO				p
	Masculino (n = 118)		Feminino (n = 155)		
	<i>Limítrofe</i>	<i>Clínico</i>	<i>Limítrofe</i>	<i>Clínico</i>	
	(31 – 35)	(20 – 30)	(31 – 35)	(20 – 30)	
<b>Problemas</b>					
Depressão	18 (15,2%)	12 (10,2%)	29 (18,7%)	30 (19,3%)	0,05
Ansiedade	<b>28 (23,7%)</b>	<b>09 (7,6%)</b>	<b>17 (11,0%)</b>	<b>46 (29,7%)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Somáticos	08 (6,8%)	04 (3,4%)	18 (11,6%)	12 (7,7%)	0,10
Person. Evitativa	11 (9,3%)	17 (14,4%)	12 (7,7%)	29 (18,7%)	0,60
Atenção/Hiperativ.	<b>19 (16,1%)</b>	<b>02 (1,7%)</b>	<b>15 (9,7%)</b>	<b>28 (18,1%)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Person. Antissocial	07 (5,9%)	04 (3,4%)	05 (3,2%)	05 (3,2%)	0,55

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates    Person. = Personalidade    Hiperativ. = Hiperatividade.

No Curso de Medicina Problemas de Depressão ( $p = 0,02$ ), Problemas Somáticos ( $p < 0,01$ ) e Personalidade Evitativa ( $p < 0,01$ ) foram mais frequentes no 3º ano. No Curso de Direito apenas Problemas Somáticos foram vistos com mais frequência no 2º e 3º ano ( $p = 0,03$ ) (Tabela 18).

TABELA 18 - FREQUÊNCIA DE CASOS CLASSIFICADOS COMO CLÍNICO PELO DSM-ORIENTADO DE ACORDO COM O ANO DO CURSO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

CURSOS	ANOS DO CURSO						p
	1° (n = 82)	2° (n = 62)	3° (n = 45)	4° (n = 72)	5° (n = 50)	6° (n = 61)	
Medicina							
<b>Problemas</b>							
Depressão	16 (11,1%)	13 (11,1%)	<b>26 (23,4%)</b>	15 (12,7%)	27 (17,0%)	15 (11,9%)	<b>0,02</b>
Ansiedade	21 (14,6%)	27 (23,1%)	29 (26,1%)	25 (21,2%)	33 (20,7%)	24 (19,0%)	0,09
Somáticos	1 (0,7%)	4 (3,4%)	<b>8 (7,2%)</b>	<b>6 (5,1%)</b>	5 (3,1%)	0 (0,0%)	<b>&lt; 0,01</b>
Person. Evitativa	18 (12,5%)	12 (10,3%)	<b>25 (22,5%)</b>	19 (16,1%)	23 (14,5%)	13 (10,3%)	<b>&lt; 0,01</b>
Atenção/Hiperativ.	16 (11,1%)	10 (8,5%)	8 (7,2%)	13 (11,0%)	19 (11,9%)	10 (7,9%)	0,26
Person. Antissocial	1 (0,7%)	3 (2,6%)	3 (2,7%)	5 (4,2%)	4 (2,5%)	1 (0,8%)	0,45
Direito							
	ANOS DO CURSO						p
	1° (n = 69)	2° (n = 66)	3° (n = 40)	4° (n = 30)	5° (n = 68)	---	
<b>Problemas</b>							
Depressão	10 (14,5%)	16 (24,2%)	6 (15,4%)	4 (13,3%)	6 (8,7%)	---	0,18
Ansiedade	9 (13,0%)	18 (27,3%)	8 (20,5%)	6 (20,0%)	14 (20,3%)	---	0,57
Somáticos	3 (4,3%)	<b>5 (7,6%)</b>	<b>4 (10,3%)</b>	1 (3,3%)	3 (4,3%)	---	<b>0,03</b>
Person. Evitativa	12 (17,4%)	13 (19,7%)	10 (25,6%)	5 (16,7%)	6 (8,7%)	---	0,14
Atenção/Hiperativ.	3 (4,3%)	11 (16,7%)	6 (15,4%)	2 (6,7%)	8 (11,6%)	---	0,19
Person. Antissocial	2 (2,9%)	3 (4,5%)	1 (2,6%)	1 (3,3%)	2 (2,9%)	---	0,85

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson (comparação entre os casos classificados como *Clínico versus Normal*)

Person. = Personalidade Hiperativ. = Hiperatividade.

#### 4.1.7 Funcionamento Adaptativo Geral, *Adult Self Report (ASR)* e *DSM-Orientado*

Na presença de Funcionamento Adaptativo Geral de risco (classificado como *Clínico*) observou-se maior frequência de risco também em todas as demais áreas do *ASR* ( $p < 0,001$ ), especialmente de Problemas Internalizantes e Problemas de Atenção. Em relação ao *DSM-Orientado* observou-se, igualmente, maior frequência em todas as suas áreas, especialmente para Problemas de Depressão, de Ansiedade, Personalidade Evitativa e Problemas de Atenção/Hiperatividade. Nesta análise foram incluídos todos os estudantes, já que não se observou diferença entre os Cursos (Gráfico 4).

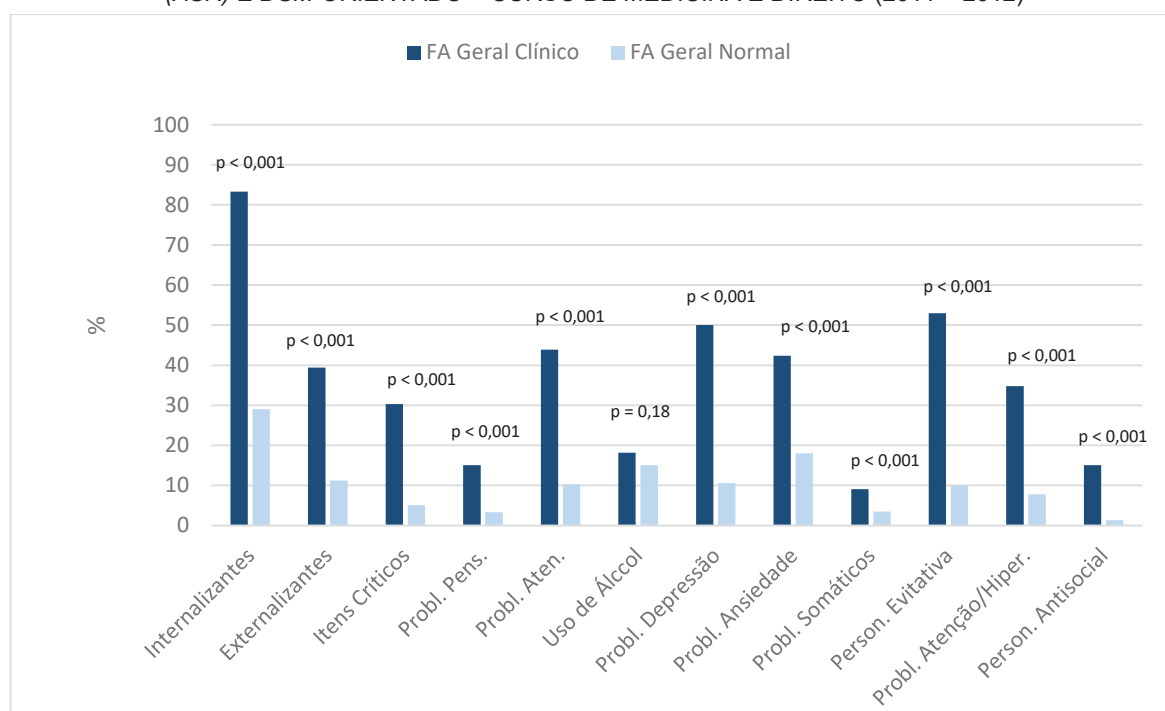
Funcionamento Adaptativo no subitem Amigos em nível de risco esteve associado à diferentes áreas, especialmente Problemas Internalizantes, Problemas de Depressão e Personalidade Evitativa (Gráfico 5).

Igualmente, Funcionamento Adaptativo no subitem Família em nível de risco esteve associado principalmente à Problemas Internalizantes, Externalizantes,

Problemas de Atenção no ASR e principalmente Problemas de Depressão e Personalidade Evitativa no *DSM-Orientado* (Gráfico 6).

Alteração no Funcionamento Adaptativo no subitem Educação esteve associada a índices de risco (*Clínico*) em todas as áreas avaliadas pelo ASR e *DSM-Orientado* (Gráfico 7).

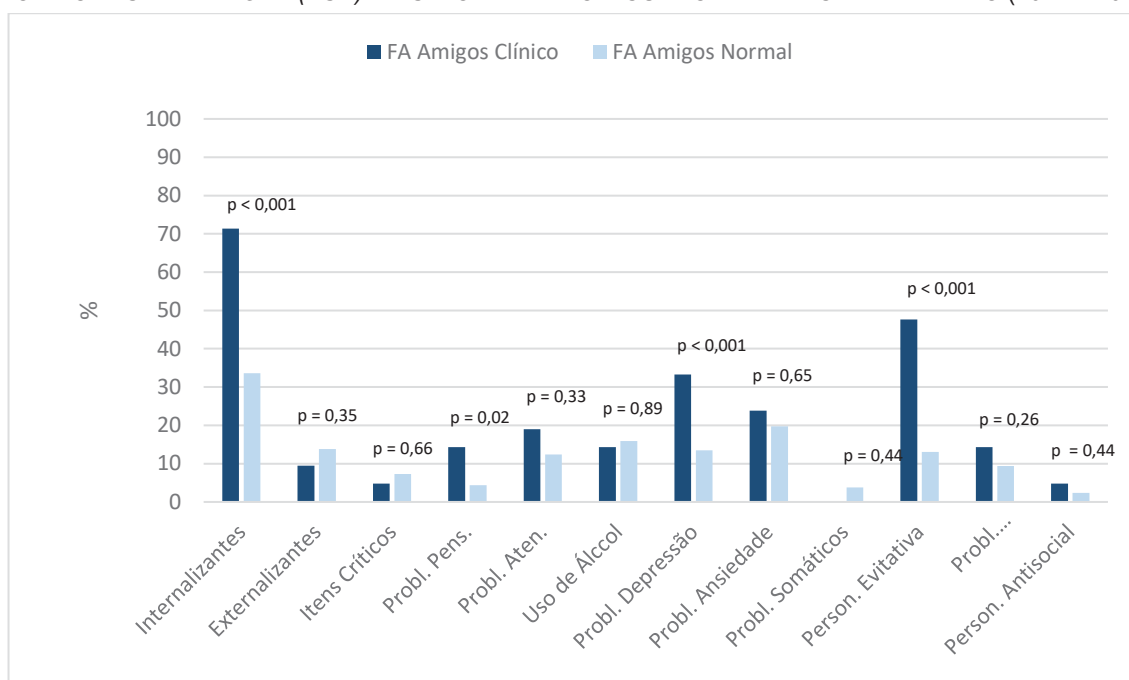
GRÁFICO 4 – FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO GERAL *CLÍNICO* E ÁREAS DO *ADULT SELF REPORT* (ASR) E *DSM-ORIENTADO* – CURSO DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: FA = Funcionamento Adaptativo Probl. = Problemas Hiperativ. = Hiperatividade.  
Teste qui-quadrado de Pearson/Yates

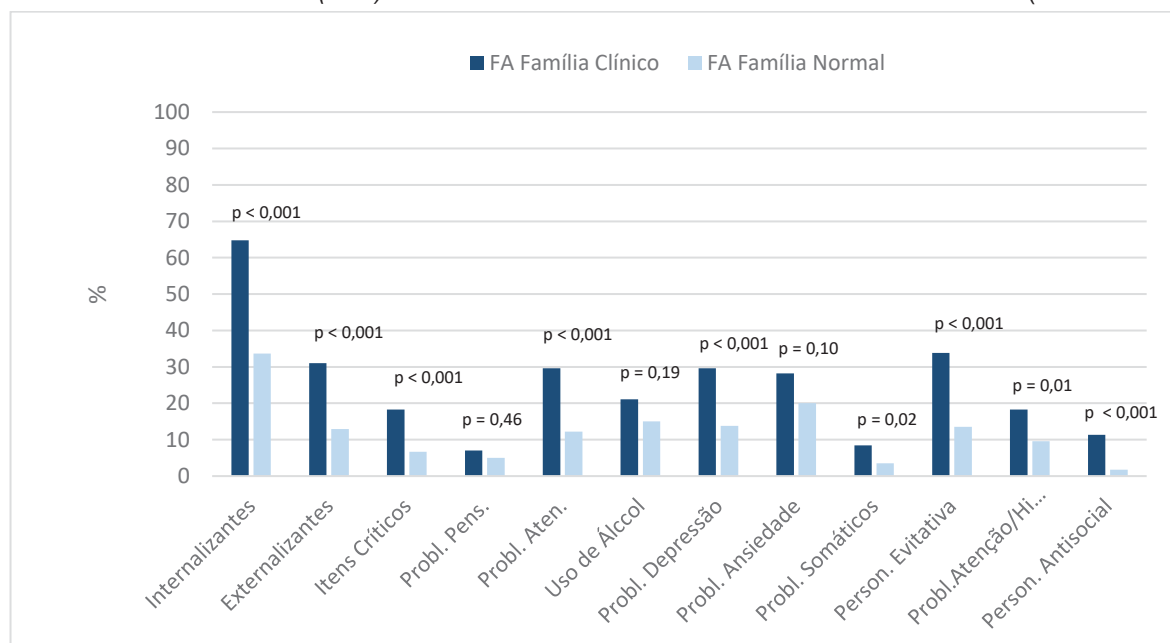
GRÁFICO 5 – FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO SUBITEM AMIGOS CLASSIFICADO COMO CLÍNICO E ÁREAS DO ADULT SELF REPORT (ASR) E DSM-ORIENTADO – CURSO DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates.

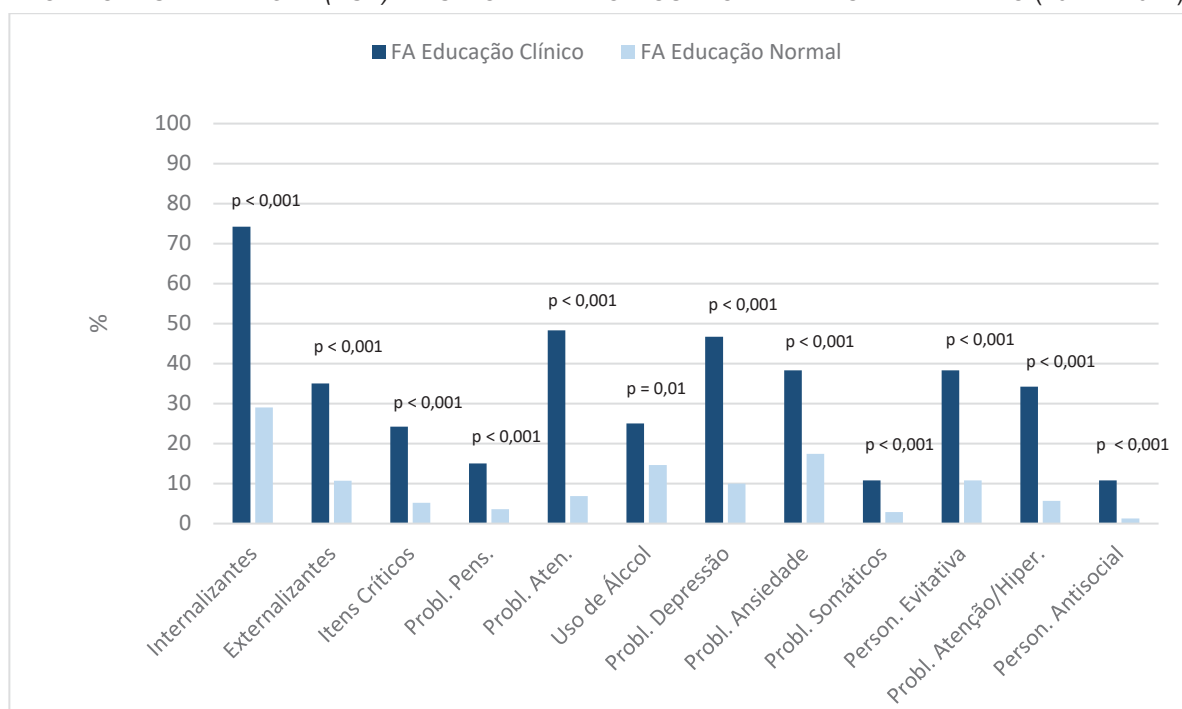
GRÁFICO 6 – FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO SUBITEM FAMÍLIA CLASSIFICADO COMO CLÍNICO E ÁREAS DO ADULT SELF REPORT (ASR) E DSM-ORIENTADO – CURSO DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates.

GRÁFICO 7 – FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO SUBITEM EDUCAÇÃO CLASSIFICADO COMO CLÍNICO E ÁREAS DO ADULT SELF REPORT (ASR) E DSM-ORIENTADO – CURSO DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates.

#### 4.2 Instrumento de avaliação de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life WHOQOL-100* – Cursos de Medicina e de Direito

Na Tabela 19 estão apresentadas as médias, desvio-padrão, valores mínimo e máximo e intervalo de confiança de 95% das respostas às facetas do *WHOQOL-100*, em valores percentuais.

O Gráfico 8 ilustra a distribuição de frequência da Qualidade de Vida observada nos seis Domínios e no Domínio Geral. Qualidade de Vida Geral *Ruim* ou *Moderada* foi observada em cerca de 30% dos alunos. Observou-se nos Domínios Físico e Psicológico cerca de 50% dos alunos com qualidade de vida *Ruim* ou *Moderada* e nos Domínios Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade, Religião e Crenças Religiosas, cerca de 30% a 40%. Apenas no Domínio Nível de Independência observou-se 90% dos alunos com qualidade de vida *Boa* ou *Ótima*. Não se observou diferença entre os Cursos ( $p > 0,05$ ).

TABELA 19 – ESCORES DAS FACETAS DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)* EM ESCALA PERCENTUAL – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)

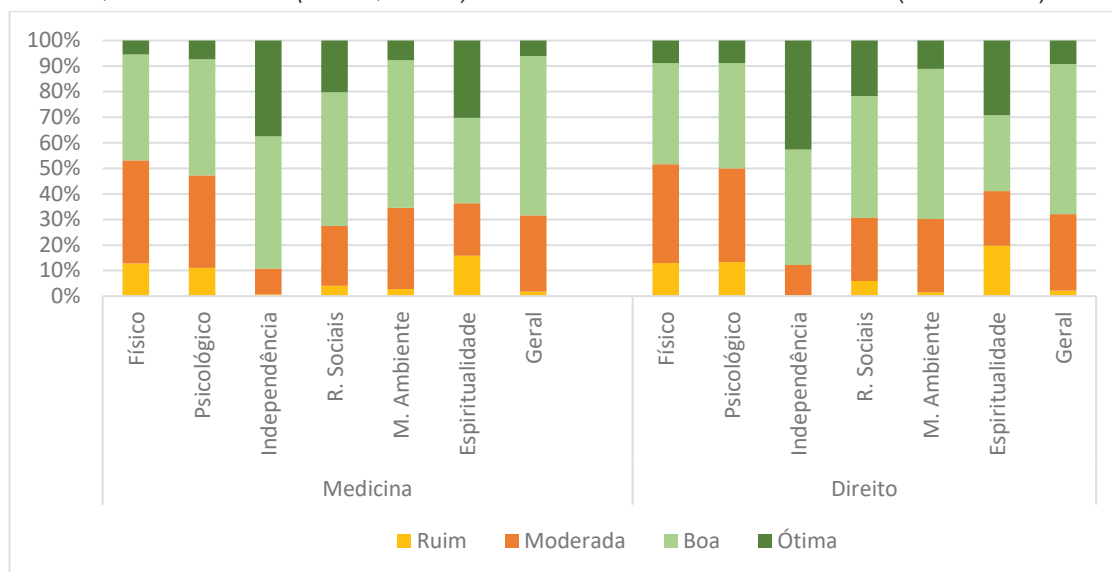
FACETAS DO <i>WHOQOL-100</i>	MEDICINA		DIREITO	
	Média + DP	IC 95%	Média + DP	IC 95%
Dor e Desconforto	36,9 + 16,7	35,77-38,13	38,4 + 17,2	36,4-40,5
Energia e fadiga	51,4 + 18,7	50,07-52,70	51,8 + 19,3	49,5-54,1
Sono e descanso	59,3 + 23,4	57,61-60,92	62,5 + 24,0	59,7-65,4
Sentimentos Positivos	66,6 + 15,4	65,54-67,71	65,2 + 15,9	63,3-67,1
Pensar, aprender, memória e concentração	57,8 + 18,0	56,49-59,03	61,1 + 18,8	58,9-63,4
Autoestima	61,5 + 18,9	60,21-62,88	60,1 + 20,3	57,7-62,5
Imagem corporal e aparência	60,8 + 21,1	59,35-62,32	60,0 + 23,7	57,2-62,9
Sentimentos negativos	46,7 + 20,5	45,24-48,13	48,6 + 22,2	46,0-51,3
Mobilidade	81,4 + 18,9	80,08-82,75	80,1 + 19,5	77,7-82,4
Atividades da vida cotidiana	63,3 + 18,4	62,00-64,60	64,3 + 19,0	62,0-66,5
Dep. de medicação ou de tratamentos	14,5 + 22,6	12,91-16,10	14,1 + 21,3	11,5-16,6
Capacidade de trabalho	72,1 + 17,8	70,80-73,31	75,4 + 17,3	73,3-77,5
Relações pessoais	71,1 + 15,4	70,03-72,21	70,0 + 17,1	67,9-72,0
Apoio social	70,4 + 17,4	69,14-71,60	71,0 + 17,9	68,7-73,0
Atividade sexual	61,6 + 23,3	59,93-63,22	60,7 + 24,3	57,8-63,6
Segurança física e proteção	54,0 + 15,4	52,93-55,09	55,9 + 14,9	54,1-57,7
Ambiente no lar	72,8 + 17,5	71,61-74,07	75,8 + 18,5	73,6-78,1
Recursos financeiros	60,2 + 20,7	58,70-61,61	63,6 + 20,9	61,1-66,1
Cuidados de saúde e sociais	64,0 + 17,7	62,73-65,24	68,5 + 15,8	66,6-70,4
Oportun. novas informações e habilidades	73,0 + 14,4	71,96-74,00	74,3 + 13,2	72,7-75,9
Participação em recreação/lazer	54,0 + 19,2	52,66-55,38	59,0 + 20,3	56,5-61,4
Ambiente físico	62,4 + 14,9	61,39-63,50	62,5 + 17,3	60,4-64,5
Transporte	70,7 + 22,8	69,06-72,28	70,5 + 20,8	68,0-73,0
Espiritualidade	65,7 + 23,7	64,06-67,41	63,0 + 26,7	59,8-66,2
Qualidade de vida	65,9 + 18,4	64,57-67,17	69,0 + 18,1	66,9-71,2

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Dep. Dependência Oportun. = Oportunidade. IC = 95% DP = Desvio-Padrão

No Gráfico 9 está ilustrada a Qualidade de Vida dos alunos do curso de Medicina de acordo com o sexo, já que no Curso de Direito não se observou diferença significativa ( $p > 0,05$ ). Os Domínios Geral, Físico, Psicológico, Nível de Independência e Geral foram piores no sexo feminino.

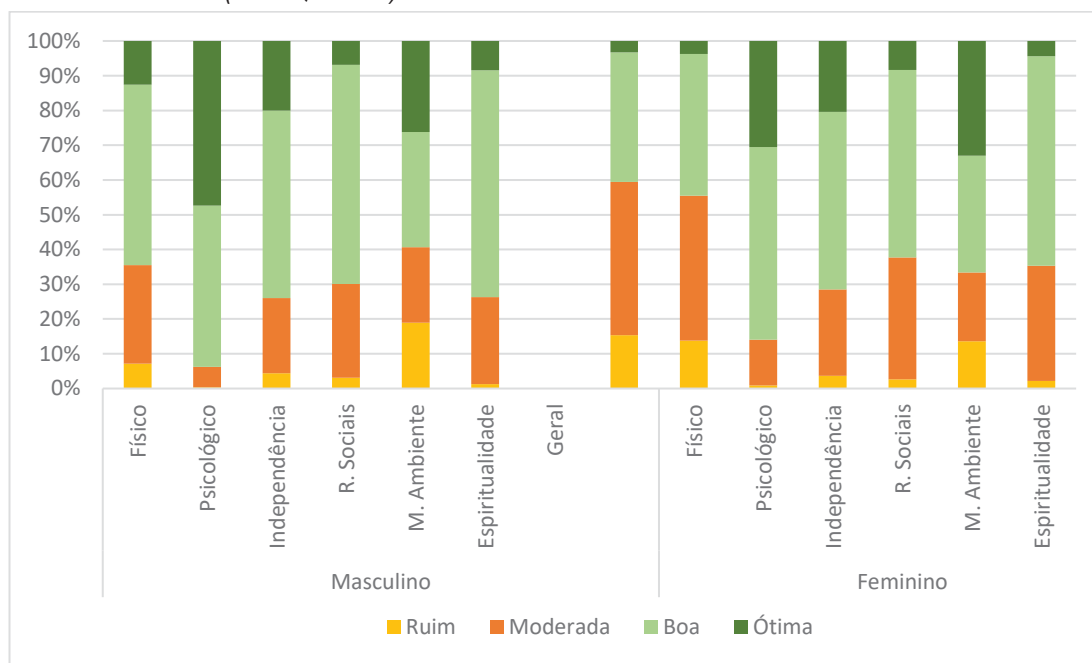
GRÁFICO 8 – QUALIDADE DE VIDA GERAL E DOS DOMÍNIOS DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)* – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates: Físico:  $p = 0,25$ ; Psicológico:  $p = 0,55$ ; Independência:  $p = 0,28$ ; R. Sociais:  $p = 0,29$ ; M. Ambiente:  $p = 0,19$ ; Espiritualidade:  $p = 0,14$ ; Geral:  $p = 0,31$ . R. Relações; M. = Meio

GRÁFICO 9 – QUALIDADE DE VIDA GERAL E DOMÍNIOS DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)* DE ACORDO COM O SEXO – CURSO DE MEDICINA



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson  
Físico:  $p < 0,001$ ; Psicológico:  $p < 0,001$ ; Independência:  $p < 0,001$ ; R. Sociais:  $p = 0,82$ ; M. Ambiente:  $p = 0,06$ ; Geral:  $p = 0,16$ ; DG:  $p = 0,01$ ; R. Relações; M. = Meio

Não se observou diferença nos Domínios de Qualidade de Vida entre os Cursos de Medicina e Direito de acordo com os anos dos cursos ( $p > 0,05$ ). Considerando assim todos os alunos estudados no Domínio Físico e Psicológico, observou-se Qualidade de Vida *Ruim* ou *Moderada* em mais de 40% dos casos em todos os anos. Ainda, no Domínio Psicológico, no Curso de Medicina a maior frequência de Qualidade de vida *Ruim* ou *Moderada* foi observada no 3º ano ( $p = 0,01$ ). Em relação ao Domínio Relações Sociais observou-se cerca de 30% dos alunos com Qualidade de Vida *Ruim* ou *Moderada*. Nos Domínios Meio Ambiente e Espiritualidade esta frequência foi de cerca de 30% ou mais, predominando a classe *Ruim* no Domínio Espiritualidade (Gráfico 10).

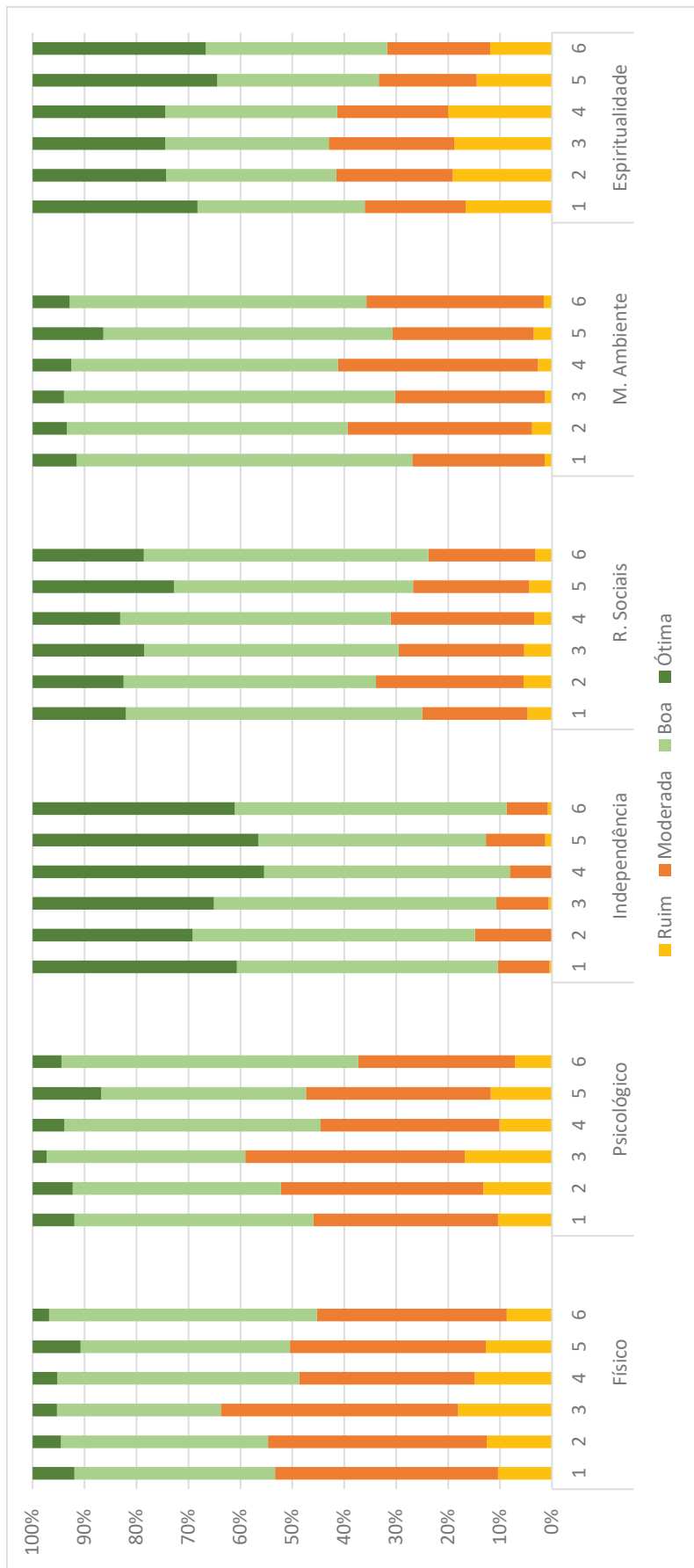
#### 4.2.1 Qualidade de Vida Geral e Funcionamento Adaptativo

Com Funcionamento Adaptativo Geral em nível *Clínico* observou-se piora na Qualidade de Vida, com diminuição da frequência de Qualidade de Vida classificada como *Boa* e aumento da *Moderada* ( $p < 0,001$ ), sem diferença entre os Cursos ( $p = 0,88$ ) (Gráfico 11).

A piora na Qualidade de Vida foi observada em todos os Domínios, à exceção do Domínio Independência (Gráfico 12).



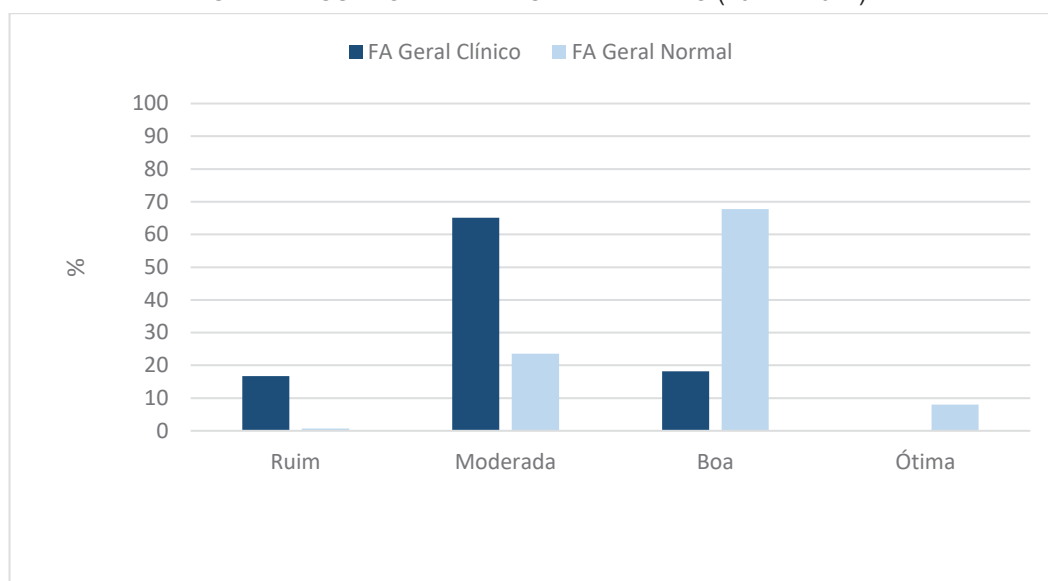
GRÁFICO 10 – QUALIDADE DE VIDA E SEUS DOMÍNIOS DE ACORDO COM O ANO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011-2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: R. = Relações M. = Meio

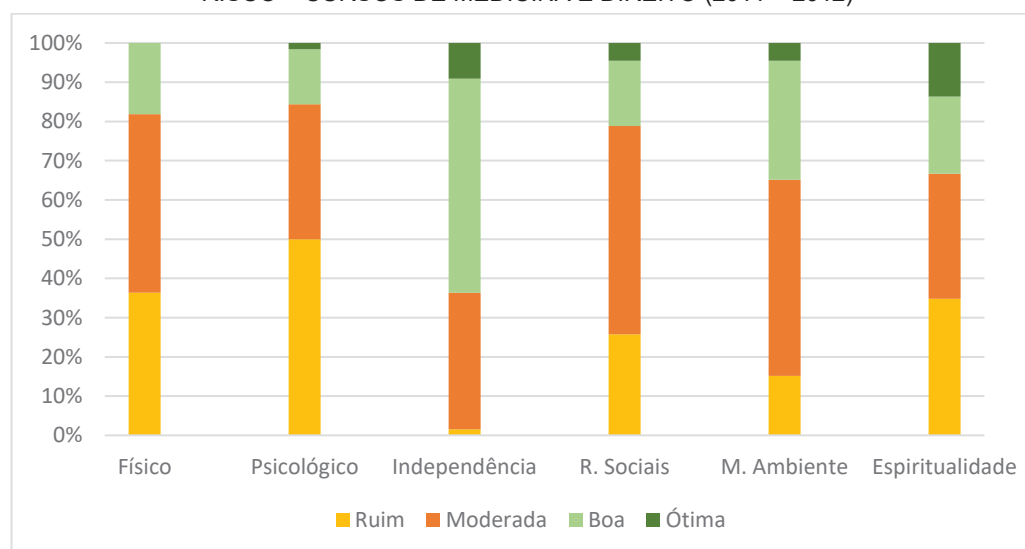
GRÁFICO 11 – QUALIDADE DE VIDA GERAL DE ACORDO COM O FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO GERAL – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado para tendências lineares:  $p < 0,001$ ; FA = Funcionamento Adaptativo

GRÁFICO 12 – QUALIDADE DE VIDA GERAL E DOMÍNIOS DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)* DE ACORDO COM O FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO DE RISCO – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates.

Funcionamento Adaptativo em nível *Clínico*, nas suas áreas específicas – Amigos, Família e Educação - provocaram, de forma semelhante, piora na Qualidade de Vida Geral, atingindo frequência classificada como *Ruim* ou *Moderada* em cerca de 60% dos casos, sem diferença entre os Cursos (Gráfico 13).

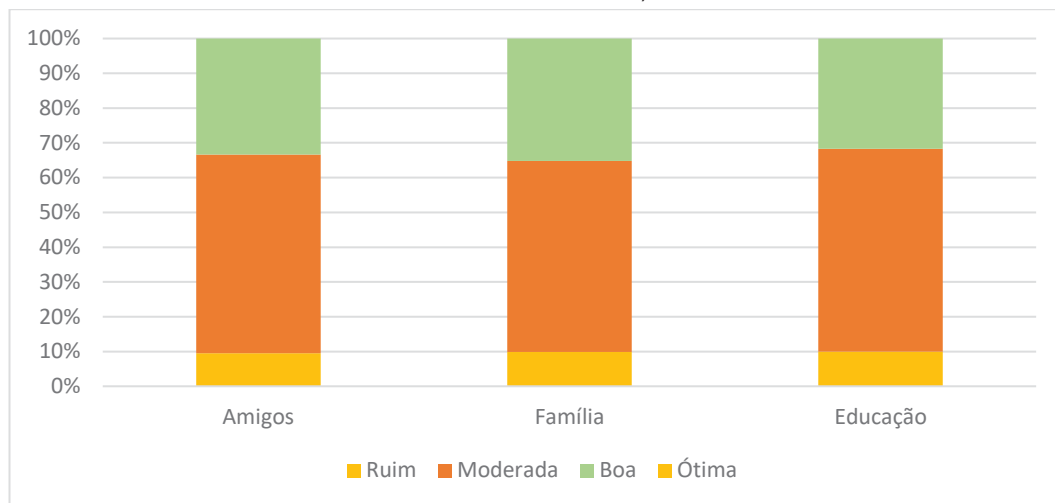
#### 4.2.2 Qualidade de Vida Geral e Problemas do *DSM-Orientado*

A presença em nível *Clínico* de todos os Problemas do *DSM-Orientado* – Depressão, Ansiedade, Problemas Somáticos, Personalidade Evitativa, Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Personalidade Antissocial - esteve associada à Qualidade de Vida *Ruim* ou *Moderada* em cerca de 60% ou mais dos casos (Gráfico 14).

#### 4.2.3 Qualidade de Vida Geral e Problemas do *Adult Self Report (ASR)*

A presença em nível *Clínico* de todos os Problemas do *ASR*, à exceção do Uso de Álcool esteve associada à Qualidade de Vida *Ruim* ou *Moderada* em cerca de 60% ou mais dos casos (Gráfico 15).

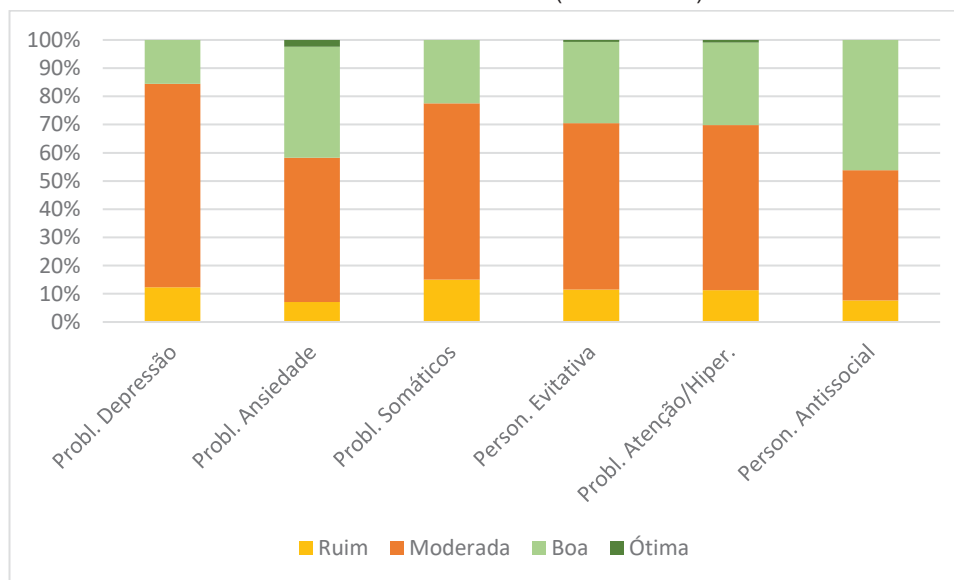
GRÁFICO 13 – QUALIDADE DE VIDA GERAL DE ACORDO COM O FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO SUBITEM AMIGOS, FAMÍLIA E EDUCAÇÃO – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson/Yates.

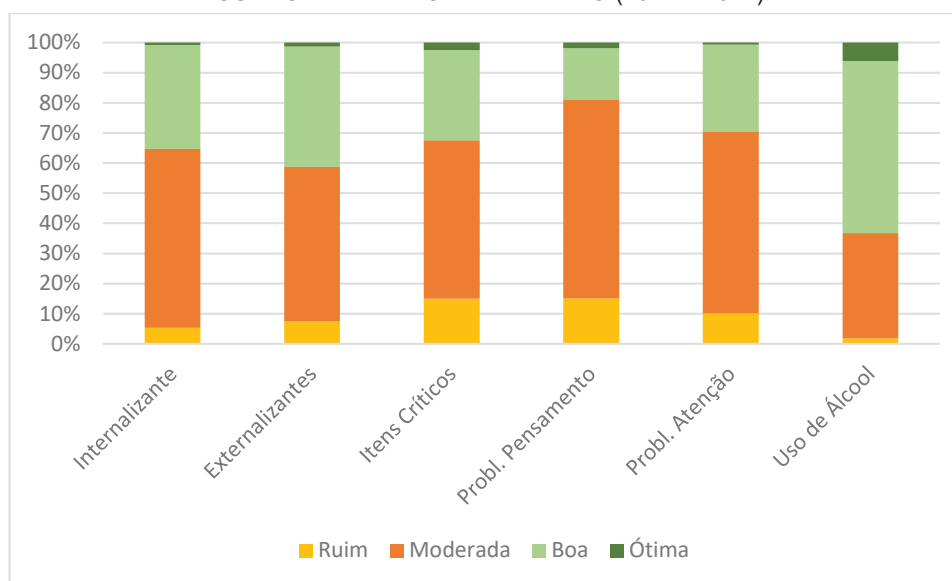
GRÁFICO 14 – QUALIDADE DE VIDA GERAL DE ACORDO COM O DSM – ORIENTADO - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Probl. = Problemas Hiper. = Hiperatividade Person. = Personalidade

GRÁFICO 15 – QUALIDADE DE VIDA GERAL DE ACORDO COM O ADULT SELF REPORT (ASR) - CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 – 2012)



FONTE: O autor (2016).

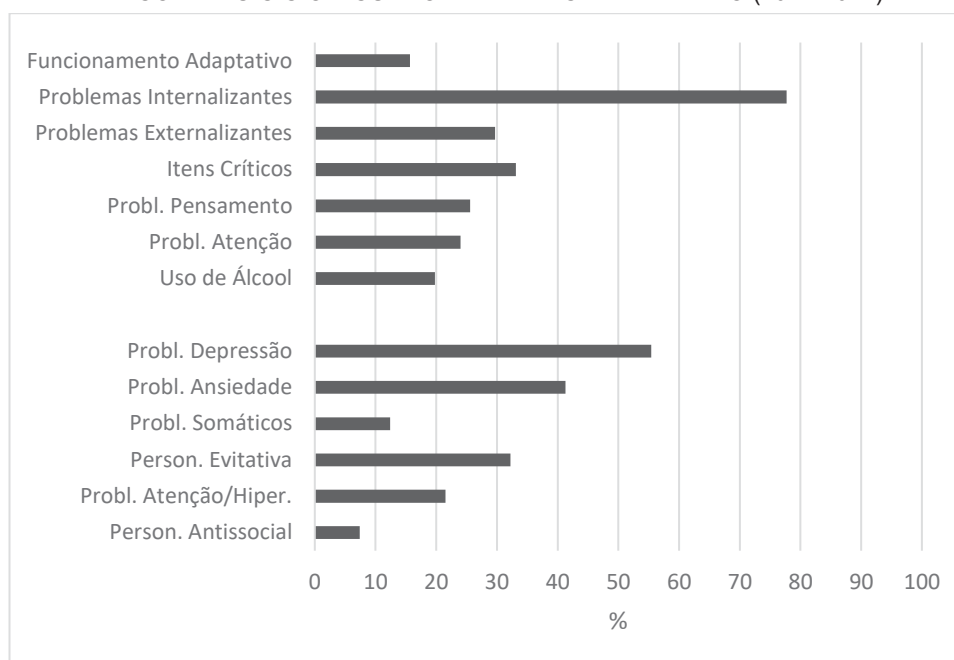
NOTA: Probl. = Problemas

#### 4.3 ANÁLISE DOS CASOS DE RISCO DE SUICÍDIO – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO

Risco de Suicídio foi considerado quando houve resposta positiva às perguntas “*Eu me machuco de propósito ou tento Suicídio*” ou “*Penso em me matar*”. Cento e vinte e um alunos (11,5%), considerando os cursos de Medicina e de Direito, responderam de forma positiva a pelo menos uma destas perguntas, sem diferença quanto à idade ( $p = 0,56$ ), IRA ( $p = 0,12$ ) e sexo ( $p = 0,24$ ). A frequência de risco de Suicídio foi um pouco maior entre estudantes do Curso de Direito (14,3% *versus* 10,6%,  $p = 0,12$ ).

Observou-se entre os estudantes com risco de Suicídio maior frequência de Problemas Internalizantes do ASR classificados como *Clínico* e Problemas de Depressão, Ansiedade e Personalidade Evitativa no DSM-Orientado (Gráfico 16).

GRÁFICO 16 – SÍNDROMES DO *ADULT SELF REPORT (ASR)* CLASSIFICADOS COMO *CLÍNICO* E RISCO DE SUICÍCIO – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011-2012)



FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson:  $p < 0,001$ .

Na Tabela 20 estão apresentadas as associações de Problemas do *DSM-Orientado* classificados como *Clínico* entre os estudantes com Risco de Suicídio. Problemas de Depressão, Ansiedade e Personalidade Evitativa foram os mais frequentes (55,4%, 41,3% e 32,2%, respectivamente). Problemas de Depressão e de Ansiedade aconteceram de forma simultânea em 39 casos (32,2%).

Na Tabela 21 estão apresentadas as associações de Problemas do *ASR* classificados como *Clínico* entre os estudantes com Risco de Suicídio. Problemas Internalizantes, Itens Críticos e Problemas Externalizantes foram os mais frequentes (42,5%, 33,0% e 29,7%, respectivamente). Todas as Síndromes estiveram associadas à presença de Problemas Internalizantes (70~95%).

TABELA 20 – ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROMES DO *DSM*-ORIENTADO CLASSIFICADOS COMO *CLÍNICO* ENTRE OS ESTUDANTES COM RISCO DE SUICÍDIO – CURSOS DE MEDICINA E DE DIREITO (2011-2012)

<i>DSM</i> -ORIENTADO	PROBL. DEPR	PROBL. ANS.	PROBL. SOM.	PERS. EVIT.	PROBL. AT/HIPER.	PERS. ANTIS.	TOTAL
Probl. Depressão	7 (12,3%)	39 (68,4%)	13 (22,8%)	31 (54,4%)	22 (38,6%)	4 (7,0%)	67 (55,4%)
Probl. Ansiedade	39 (78,0%)	1 (2,0%)	10 (20,0%)	24 (48,0%)	19 (38,0%)	3 (6,0%)	50 (41,3%)
Probl. Somáticos	13 (86,7%)	10 (66,7%)	1 (6,0%)	7 (46,7%)	6 (40,0%)	0 (0,0%)	15 (12,4%)
Pers. Evitativa	31 (79,5%)	24 (61,5%)	7 (17,9%)	1 (2,5%)	16 (41,0%)	2 (5,1%)	39 (32,2%)
Probl. At/Hiper.	22 (84,6%)	19 (73,1%)	6 (23,1%)	16 (61,5%)	0 (0,0%)	3 (11,5%)	26 (21,5%)
Pers. Antis.	4	3	0	2	3	0	9 (7,4%)

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Probl. = Problema Depr. = Depressão Ans. = Ansiedade Som. = Somático Pers. = Personalidade Evit. = Evitativa AT/Hiper. = Atenção/Hiperatividade Antis. = Antissocial.

TABELA 21 – ASSOCIAÇÃO DE SÍNDROMES DO *ADULT SELF REPORT (ASR)* CLASSIFICADAS COMO *CLÍNICO* ENTRE OS ESTUDANTES COM RISCO DE SUICÍDIO – CURSOS DE MEDICINA E DE DIREITO (2011-2012)

ASR-SÍNDROMES	FA	P. INT	P. EXT	P.PENS	P. AT	ITENS CRIT	USO ALC	TOTAL
FA	0 (0,0%)	18 (94,7%)	10 (52,6%)	8 (42,1%)	9 (47,4%)	13 (68,4%)	5 (26,3%)	19 (15,7%)
P. INT	18 (19,1%)	4 (4,2%)	30 (31,9%)	29 (30,8%)	27 (28,7%)	36 (38,3%)	17 (18,1%)	94 (42,5%)
P. EXT	10 (27,8%)	30 (83,3%)	1 (2,8%)	15 (41,7%)	12 (33,3%)	25 (69,4%)	16 (44,4%)	36 (29,7%)
P. PENS	8 (25,8%)	29 (93,5%)	15 (48,4%)	0 (0,0%)	14 (45,2%)	23 (74,2%)	9 (23,0%)	31 (25,6%)
P. AT	9 (31,0%)	27 (93,1%)	12 (41,4%)	14 (48,3%)	3 (10,3%)	16 (55,2%)	8 (27,6%)	29 (24,0%)
ITENS CRIT	13 (32,5%)	36 (90,0%)	25 (62,5%)	23 (57,5%)	16 (40,0%)	1 (2,5%)	13 (32,5%)	40 (33,0%)
USO ALC	5 (20,8%)	17 (70,8%)	16 (66,7%)	9 (37,5%)	8 (33,3%)	13 (54,2%)	1 (4,2%)	24 (19,8%)

FONTE: O autor (2016).

NOTA: FA = Funcionamento Adaptativo P. = Problemas INT. = Internalizantes EXT = Externalizante PENS = Pensamento AT = Atenção CRIT = Críticos ALC = Álcool.

O modelo de Regressão Logística foi aplicado para identificar quais as principais variáveis associadas ao risco de Suicídio. Considerando entre as variáveis independentes o Curso, Sexo, Ano do Curso e com quem o estudante reside, as Síndromes do *ASR* e Problemas do *DSM-Orientado*, as principais variáveis apontadas foram os Problemas de Depressão (OR = 4,85; IC 95% = 3,63-6,47;  $p < 0,001$ ), Problemas Internalizantes (OR = 3,09; IC 95% = 2,24-4,28;  $p < 0,01$ ), Problemas de Pensamento (OR = 2,96; IC 95% = 2,17-4,03 ( $p < 0,001$ ) e Personalidade Antissocial (OR = 1,81; IC 95% = 1,17-2,79,  $p = 0,001$ ) (Tabela 22).

Entre os Problemas Internalizantes todos foram igualmente significativos. A presença de risco para TM, considerado com escore *Clínico* para duas ou mais Síndromes do *ASR* ou dois Problemas do *DSM-Orientado*, foi selecionada como variável independente para o risco de Suicídio, 5,66 vezes maior (OR = 5,66, IC 95% = 3,60-8,90,  $p < 0,001$ ).

Dezoito estudantes com risco de Suicídio (14,9%) não apresentaram pontuação Clínica para nenhuma das Síndromes do *ASR* ou Problemas do *DSM-Orientado*. Destes, 10 (55,5%) apresentavam Problemas Internalizantes com pontuação *Limítrofe* e os demais, pontuação *Limítrofe* em alguma das outras Síndromes ou Problemas do *DSM-Orientado*.

Os Domínios Espiritualidade e Psicológico foram apontados como Domínios protetores para o risco de suicídio, diminuindo o risco quando com escore *Normal* em quase 3 vezes e 1,5 vezes, respectivamente (Tabela 23).



TABELA 22 – RISCO DE SUICÍDIO DE ACORDO COM AS SÍNDROMES DO *ADULT SELF REPORT (ASR)* E PROBLEMAS DO *DSM-ORIENTADO* – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 -2012)

PROBLEMAS	OR	IC 95%	p
Curso	1,38	0,90-2,11	0,13
Ano	0,94	0,84-1,06	0,35
Sexo	1,32	0,89-1,97	0,16
Com quem reside	0,97	0,82-1,15	0,79
Funcionamento Adaptativo Geral	0,17	0,93-1,75	0,12
<b>Problemas Internalizantes</b>	<b>3,09</b>	<b>2,24-4,28</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Problemas Externalizantes	1,07	0,82-1,40	0,60
<b>Probl. Pensamento</b>	<b>2,96</b>	<b>2,17-4,03</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Probl. Atenção	0,75	0,56-1,00	0,05
Uso de Álcool	1,05	0,78-1,42	0,70
<b>Problemas de Depressão</b>	<b>4,85</b>	<b>3,63-6,47</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Problemas de Ansiedade	0,94	0,71-1,26	0,72
Problemas Somáticos	1,31	0,91-1,87	0,13
Personalidade Evitativa	1,05	0,80-1,38	0,69
<b>Problemas de Atenção</b>	<b>0,67</b>	<b>0,48-0,92</b>	<b>0,01</b>
<b>Personalidade Antissocial</b>	<b>1,81</b>	<b>1,17-2,79</b>	<b>0,001</b>

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Comport. = Comportamento.

Regressão logística - variável dependente: risco de Suicídio; variáveis independentes: ASR total

OR = *Odds Ratio* IC = Intervalo de confiança Probl. = Problema

TABELA 23 – RISCO DE SUICÍDIO DE ACORDO COM O *WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-100)* – CURSOS DE MEDICINA E DIREITO (2011 -2012)

DOMÍNIOS DO <i>WHOQOL-100</i>	OR	IC 95%	p
Domínio 1 (Físico)	0,88	0,64-1,21	0,44
<b>Domínio 2 (Psicológico)</b>	<b>2,69</b>	<b>1,88-3,83</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Domínio 3 (Nível de independência)	0,67	0,47-0,96	0,03
Domínio 4 (Relações sociais)	0,65	0,48-0,89	0,008
Domínio 5 (Meio ambiente)	1,44	1,01-2,05	0,04
<b>Domínio 6 (Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais)</b>	<b>1,33</b>	<b>1,11-1,60</b>	<b>&lt; 0,01</b>

FONTE: O autor (2016).

Regressão logística - variável dependente: risco de Suicídio; variáveis independentes: qualidade de vida.

NOTA: OR = *Odds Ratio* IC = Intervalo de Confiança

## 5 DISCUSSÃO

É alta a taxa de Transtornos Mentais em estudantes universitários. Doenças podem provocar baixo desempenho acadêmico e levar a problemas mais graves que vão desde a evasão escolar, dependência química e até mesmo o Suicídio. (ANDIFES, 2011). Do total da amostra neste estudo, 48,7%, ou seja, aproximadamente um a cada dois estudantes de Medicina ou de Direito apresentaram resultado em nível *Clínico* para risco de TM e 65,1% em nível *Limítrofe*, segundo o instrumento *Adult Self Report - ASR*, apontando elevado índice de problemas emocionais, principalmente para Problemas Internalizantes. Resultados similares foram encontrados na análise do *DSM-Orientado* o que indica a importância da criação de estratégias de prevenção e identificação precoce como respostas frente a um problema de potencial relevância.

No Brasil houve aumento marcante de mulheres na profissão médica, sendo que o número de mulheres que ingressam nas universidades de Medicina superou o de homens. Em 2010 ingressaram na profissão 7.634 mulheres e 6.917 homens. A tendência crescente da participação feminina vem ocorrendo há algumas décadas em vários países justificada pelas mudanças culturais e socioeconômicas mundiais. (SOBRAL, 1997; BETTONI, 2002; MILLAN *et al.*, 2005; SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). Pesquisa realizada em 30 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostrou que a porcentagem de mulheres médicas passou de 28% em 1990 para 38% em 2005, sendo que em 2012 elas compreendiam 53,3% dos profissionais da área médica. (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). A distribuição dos estudantes de Medicina quanto ao sexo neste estudo foi similar à distribuição encontrada em outros estudos (SOBRAL, 1997; GERK; CUNHA, 2006), apontando predomínio do sexo feminino.

Na amostra dos estudantes de Direito houve ligeiro predomínio do sexo feminino. De acordo com o Centro Brasileiro de Estudos e Pesquisas Judiciais, a participação de mulheres no curso de Direito no Brasil passou de 0%, durante a primeira década do século 20, para 2,3% nos anos de 1960 e 11% nos anos 90, chegando a 30% no final da primeira década deste século. Na advocacia o número de mulheres atuantes se aproxima do de homens; elas representavam 44,8% dos advogados ativos da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) em 2012 e na

magistratura elas são 31% do total. Segundo o Censo de Educação Superior (2012), o curso de Direito tem o segundo maior contingente de alunos de cursos superiores, sendo o sexo feminino em maior número, 391 mil mulheres contra 345 mil homens.

### 5.1 FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO – *ADULT SELF REPORT (ASR)*

Utilizando o *Adult Self Report - ASR* este estudo identificou alterações classificadas como *Clínico* nos aspectos do Funcionamento Adaptativo Geral em 6,3%, e *Limítrofe* em 9,1% dos estudantes em ambos os cursos. Na presença de Funcionamento Adaptativo Geral de risco observou-se também maior frequência de risco em todas as Síndromes do *ASR* e dos Problemas do *DSM*–Orientado, à exceção do item Uso de Álcool. A presença de problemas de Funcionamento Adaptativo Geral também demonstrou a piora da Qualidade de Vida para todos os Domínios, para ambos os cursos em aproximadamente 60% dos casos.

Este estudo mostrou que a maior parte dos estudantes possuía mais do que dois amigos próximos, com os quais regularmente mantinham contato pessoal e bom relacionamento. Os principais problemas nessa área estiveram relacionados com a forte competitividade; os estudantes referiram que durante todo o curso tiveram que ir a busca pelo “currículo paralelo” (ligas, monitorias, estágios, cursos, congressos, participações em trabalhos científicos), pois do contrário sentiam como se estivessem perdendo oportunidades em relação aos colegas.

É importante salientar que a competição em si não é prejudicial, uma vez que pode ser um estímulo para o desenvolvimento do aluno, porém ela pode contribuir, em algumas situações, para a formação de uma mentalidade individualista. Benevides-Pereira considerou que estudantes de Medicina, desde o primeiro ano, possuíam importante limitação de tempo, que os impediam de manter uma vida social adequada; encontrar os amigos fora do ambiente escolar e geralmente seus amigos se restringiam aos colegas do próprio curso.

O desenvolvimento interpessoal é importante, pois estimula relações sociais e promove saúde mental. Entretanto, no ambiente universitário é comum haver dificuldade em relacionamentos interpessoais. Diferenças de opiniões e posicionamento diante de um tema em discussão, além do sentimento de não ser aceito pelo grupo, também são queixas presentes dos estudantes. (ALMEIDA, 2005;

ABRÃO; COELHO; PASSOS, 2008). Neste estudo Problemas de Relacionamento foi observado em 22,6% dos estudantes de Medicina e 28,2% de Direito. Segundo alguns estudos, as universidades preparam pouco o aluno para as mudanças que ocorrem após seu ingresso por não possuírem programas que favoreçam a adaptação psicossocial do estudante. (NORONHA; CARVALHO; CALDAS, 2014). E essa preparação é muito importante, pois muitas vezes o aluno não é capaz de perceber que precisa fazer adaptações para que não ocorram vivências de caráter depressivo, com sentimento de tristeza, frustração e desânimo. (MILLAN *et. al.*, 1999). Neste estudo, em ambos os cursos, problemas com amigos estiveram associados a Problemas Internalizantes, Problemas de Depressão e Personalidade Evitativa do *DSM-Orientado*.

Um estudo observou que a formação de grupos de trabalho pode ajudar o estudante não somente na sua adaptação inicial, mas durante o desenvolvimento de todo curso. Por meio de validação de um instrumento para avaliação desta atividade, concluiu que alunos que desenvolveram atividades acadêmicas em pequenos grupos obtiveram pontuações melhores em Saúde Mental do que aqueles que não o fizeram. Essa escala considera aspectos como “preservação do grupo”, “trabalho em equipe” e “disposição para ajudar”, entre outros. (SOBRAL, 1997; FERREIRA *et al.*, 2000).

A convivência em grupo é inerente ao ser humano. Isto é especialmente verdadeiro para os médicos, de quem se espera capacidade de comunicar-se com seus pacientes e trabalhar em equipe. (SCHEFFER; CASSENTE, 2013). Apresentar dificuldade nos itens do Funcionamento Adaptativo subitem Amigos correlacionou-se com pior Qualidade de Vida para ambos os cursos.

Estudos sugerem que o casamento, durante o período da faculdade agrava a situação pelo aumento das tarefas e responsabilidades acarretadas, a menos que um dos cônjuges, que já trabalha, possa fazer face às dificuldades materiais existentes e a assimilação de tarefas. (FORTES, 1972). Neste estudo a maior parte dos estudantes não era casada ou não residia com algum companheiro (a). Não foi possível observar correlação significativa entre essa variável e o Funcionamento Adaptativo em razão do pequeno número de casos.

Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas (IPE) da Universidade de São Paulo revelou que um elevado número de estudantes de Medicina, quase 30%, desenvolvia algum tipo de trabalho. Não eram estágios ou internato, mas serviços raramente relacionados à sua futura profissão. (FORTES,

1972). Karaoglu (2010) observou que sobrecarga excessiva de atividades em longo prazo pode representar um comprometimento emocional de risco. No presente estudo poucos estudantes referiram alguma função remunerada fora do ambiente acadêmico com o intuito de ajudar no seu próprio sustento e no de sua família, razão pela qual este aspecto não foi analisado.

Os estudantes deste estudo, a maioria mulheres, referiram dificuldades familiares relacionadas aos conflitos com o papel de autoridade, alto grau de exigência e expectativa dos pais, dependência financeira e conflito com os irmãos. Alguns relataram sentirem-se inúteis por dependerem de seus pais e não corresponderem ao que consideravam ser esperado deles, principalmente em relação ao desempenho acadêmico. Foi observado também importante associação com todas as Síndromes avaliadas pelo *ASR* à exceção de Problemas de Pensamento, Uso de Álcool e Problemas de Ansiedade do *DSM-Orientado*. O curso de Medicina é longo e com extensa carga horária, tanto em sala de aula como fora dela, o que pode gerar dificuldades no relacionamento familiar, onde alguns pais acostumados com a presença do filho interpretam sua ausência como uma recusa à participação no convívio diário. Gaviria, Rodrigues e Alvarez (2002) demonstraram um aumento no desenvolvimento de TM à medida que diminuía a qualidade da relação familiar, principalmente em jovens universitários que estão expostos a situações de risco em relação a sua faixa etária, características pessoais e ambiente acadêmico de estresse. Apresentar problemas no Funcionamento Adaptativo subitem Família correlacionou-se com pior Qualidade de Vida dos estudantes de ambos os cursos, sugerindo que o ambiente familiar é um dos fatores protetores no risco de TM.

Os níveis de saúde mental do estudante universitário podem ter impacto considerável sobre seu desempenho acadêmico. Estudos realizados por Eisenberg *et al.* (2007) e Eisenberg; Golberstein e Hunt (2009), utilizando o instrumento *Patient Health Questionnaire (PHQ)* para depressão e ansiedade, sustentam tais considerações, uma vez que verificaram que 18% dos universitários admitiram que problemas de saúde mental interferiram negativamente em suas obrigações acadêmicas e 44% referiram que problemas emocionais já afetaram seu desempenho acadêmico em algum momento. Portanto, faz-se necessário articular todas as variáveis, quando se desenham estratégias de intervenção para o estudante universitário.

Neste estudo 11,4% do total dos estudantes disseram ter dificuldades para absorver o que estaria dentro de sua capacidade de estudo, bem como para terminar atividades e tarefas acadêmicas diárias, além de não estarem satisfeitos com sua situação educacional, a maioria do sexo feminino e do 3º ano do curso de Medicina. No terceiro ano 28,3% dos alunos de Medicina e 20,1% de Direito referiram preocupações com sua competência acadêmica em razão da grande quantidade de disciplinas e conteúdo teórico e pouco tempo para assimilação; algumas queixas estiveram relacionadas a de que os temas eram muito especializados e de difícil compreensão para essa fase acadêmica, gerando sensação de falta de confiança nos conhecimentos adquiridos e em suas habilidades, além de sensação de exaustão intelectual e emocional. Estudantes dos dois últimos anos de Medicina (38,4% e 48,4%) referiram preocupações com a Prova de Residência Médica.

No 3º ano de Medicina têm início a formação clínica na universidade onde o estudo se desenvolveu, e com ela, o contato com o doente por meio de anamnese e exames clínicos. Esse início pode ser uma carga extra de estresse e angústia devido ao despreparo para essa nova forma de aprendizado, além do aumento do número de disciplinas e, conseqüentemente, de avaliações. Atualmente se preconiza que o contato com o paciente aconteça desde os primeiros anos do curso, para que o estudante possa contextualizar seu estudo e correlacionar a teoria com a prática auxiliando, desta forma, a construção de sua identidade profissional. (DICKSTEIN; STEPHENSON; HINZ, 1990; RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002). Muitas vezes é difícil para o aluno perceber que a partir de então ele mesmo terá que criar seu próprio método de estudo para o exercício de funções como o de diagnóstico, tratamento e prognóstico de doenças, o “verdadeiro papel de médico”. Neste momento é possível observar qual é a elaboração e organização utilizada por cada um deles na constituição de seu perfil como médico. Porém, a maioria dos alunos de Medicina referiu despreparo para se organizarem de forma adequada e satisfatória, considerando a necessidade de orientação pelos professores. Foi observado neste estudo, para ambos os cursos, importante associação do Funcionamento Adaptativo subitem Educação com os Itens Críticos Específicos como “Dificuldade de concentração”, provavelmente pelo excesso de conteúdos acadêmicos, preocupações e estresse; “Oscilação de humor”, observada pela pouca tolerância e insegurança dos estudantes e “Ser triste, infeliz e depressivo”. Em estudantes de Medicina também foi observado “Chorar muito” e “Pensamentos obsessivos”.

Segundo Benjamin *et al.* (1986) e Peterson e Peterson (2009), parece não haver diferença no bem-estar do estudante de Direito antes de iniciar o curso, em comparação com a população geral, sugerindo que os efeitos psicológicos negativos do curso em seus alunos contribuem para o desenvolvimento de TM. O enfrentamento de conflitos surgidos ao longo de toda sua formação pode deixar marcas em sua identidade profissional e, não raro, produzir sintomas e adoecimento. (LEE; GRAHAN, 2001). Neste estudo 29% dos estudantes de Direito disseram ter dúvidas se tinham feito a escolha certa do curso. Krieger (2004) sugeriu que as escolas de Direito podem provocar um afastamento da própria identidade e dos valores do aluno e que essa mudança pode precipitar diminuição da motivação interna, causando sofrimento, isolamento social, diminuição de autoestima, perda das prioridades pessoais, sensação de desamparo e alienação. Falta de motivação para o desempenho de atividades acadêmicas alcançou índice de 12% nos estudantes de Direito neste estudo.

Todos os Domínios da Qualidade de Vida do estudante de Medicina e de Direito estiveram relacionados a baixos índices de Funcionamento Adaptativo subitem Educação, indicando necessidade de se repensar o conteúdo e a estruturação do curso, para oferecer ao estudante tempo de amadurecimento e reflexão sobre sua qualidade de vida para além dos limites da universidade.

No presente estudo aqueles alunos, de ambos os cursos, cujo desempenho acadêmico estava abaixo de suas expectativas, apresentaram maiores níveis de pontuações em todas as Síndromes avaliadas pelo *ASR* e pelos Problemas do *DSM-Orientado*. Aqueles que possuíam tendência para se organizar e manter expectativas elevadas, mas pouco discrepantes em relação ao seu desempenho, apresentaram maior satisfação com a vida. Nos períodos de frustração, sem ter o suporte emocional e social necessários os alunos do primeiro grupo podem ficar mais vulneráveis a desenvolver algum tipo de TM. O estudo de Wang *et al.* (2009) também sugeriu que estudantes com desempenho abaixo de suas expectativas podem ter maiores níveis de depressão, isolamento e solidão. Esses resultados justificam a necessidade da criação de serviços de apoio e suporte aos alunos, pois problemas psicológicos e situações traumáticas vivenciadas durante a vida acadêmica podem prever problemas de saúde mental no futuro. (TYSSEN *et al.*, 2001; NOGUEIRA-MARTINS, 2004; PETERSON; PETERSON, 2009).

No Brasil a formação humanística é uma diretriz curricular em muitas universidades e tem por objetivo promover a aquisição de conhecimentos específicos da área de humanidades, de habilidades de comunicação e construção de vínculo (REGO, 2007) e, particularmente, o desenvolvimento de comportamento moral para que, ao final do curso, o aluno seja capaz de estabelecer e sustentar relações intersubjetivas orientadas pela técnica, pela ética e pelo agir comunicativo. (HABERMAS, 1989). A construção da postura ética e o pensamento crítico e reflexivo se desenvolvem a partir de disciplinas e condutas que se aprende nas salas de aula, nos laboratórios e, principalmente, observando os professores em ação na prática cotidiana. (DONETTO, 2010). Ao mesmo tempo em que os alunos, pela observação “modelam” comportamentos, de certa forma, também constroem uma identidade. (WRIGHT; CARRESE, 2001).

Estudantes de Medicina (40,2%) e estudantes de Direito (36,6%) consideraram seus professores como o ponto alto de seu curso, isto é, as relações entre eles despontaram como uma das principais matrizes de interação, que incluíram valores, comportamentos e afetos transmitidos através de posturas consideradas humanas e éticas, principalmente na relação professor-aluno, com pacientes e outras pessoas. Referiram que alguns professores eram “completos”, que além de bons profissionais, eram capazes de conciliar de maneira satisfatória o trabalho, a vida pessoal e o conhecimento científico, citado como uma das qualidades de ponta de alguns professores. Entretanto, 18,3% dos estudantes de Medicina avaliaram negativamente a conduta de alguns professores como autoritários, agressivos e persecutórios. Deles era exigido que deveriam apenas pensar e executar tarefas conforme o que o professor queria e na rapidez e tempo que esse considerasse adequado. Em geral, os alunos não ousaram se defender, mesmo quando os professores os colocaram numa posição de constrangimento.

Estudantes de Direito (14,6%) referiram não haver coerência na conduta de alguns professores e que os caprichos, vaidades, ou como denominaram, “conflitos de interesses”, é que determinavam o comportamento de alguns deles, não sendo muitos, porém o suficiente para produzir danos a formação do aluno.



## 5.2 SÍNDROMES E PROBLEMAS DO *ADULT SELF REPORT (ASR)* E *DSM* - ORIENTADO

Neste estudo Problemas Internalizantes foram observados em nível *Clínico* em 35,8% dos casos, sendo que a Síndrome Ansiedade/Depressão a mais frequente em ambos os cursos, de 16,8% em Medicina e de 21,6% em Direito, com predomínio do sexo feminino. Estes estudantes referiram sentirem-se sozinhos, sem valor ou com inferioridade em relação aos demais colegas, além de muito culpados, confusos e desorientados. Referiram chorar muito, consideraram que ninguém gostava deles; tinham medo de não conseguir autocontrole em suas ações e achavam que os outros os perseguiam. Relataram ainda falta de confiança neles mesmos, possuíam muitas preocupações, apresentando estados de tensão e medos, além de ansiedade, sentimento de tristeza, infelicidade, depressão e pensamento em suicídio. Esses resultados também apontaram baixa Qualidade de Vida entre os estudantes de ambos os cursos principalmente nos domínios Físico e Psicológico e para o 3º ano do curso de Medicina, em concordância com alguns estudos. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MILLAN *et al.*, 2005). As pressões impostas pelo meio acadêmico, como aprender grande quantidade e complexidade de conteúdos e informações em pequeno espaço de tempo, a falta de tempo para atividades sociais e de lazer, o contato com doenças graves e com a morte no cuidado dos pacientes, somado às características de personalidade de cada um, podem contribuir para o aparecimento de sintomas de ansiedade e depressão, como também foi observado no presente estudo. (COSTA; PEREIRA, 2005; CAVESTRO; ROCHA, 2006).

A escala *ASR* apresenta boa correlação com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM*). É denominado *DSM-Orientado* por se basear empiricamente nas respostas dadas por seus respondentes e não pela avaliação clínica de profissionais da saúde considerando os critérios diagnósticos.

Para essa análise, diferentemente do *ASR*, o *DSM-Orientado* avalia separadamente Problemas de Depressão e Problemas de Ansiedade. Observou-se neste estudo, de acordo com o *DSM-Orientado*, 112 (14,4%) dos estudantes de Medicina e 42 (15,4%) dos estudantes de Direito com Problemas Depressivos, com predomínio do sexo feminino e no 3º ano de Medicina. Os itens utilizados para essa análise são: chorar muito, sentir-se sem valor ou inferior aos outros, sentir-se muito

culpado, sentir que poucas coisas lhe dão prazer, ter dificuldade para tomar decisões, sentir-se incapaz de ser bem-sucedido, sentir-se cansado e sem motivação, ter falta de energia, dormir mais que a maioria das pessoas, não se alimentar adequadamente, ser infeliz, triste e machucar-se de propósito ou tentar suicídio ou pensar em suicídio.

No que se refere aos Problemas de Ansiedade o *DSM-Orientado* apontou 20,5% dos estudantes de Medicina e 20,1% dos estudantes de Direito, a maioria do sexo feminino para ambos os cursos e durante todos os anos para os de Medicina. Foram considerados para esta análise itens como se preocupar com o futuro, apresentar medo de animais, situações e lugares, ser ansioso, medroso e tenso, ter problemas físicos sem causa conhecida sob o ponto de vista médico, ser muito preocupado tanto com sua família como de maneira geral.

Krieger e Sheldon (2015) observaram que apenas 8 a 9% dos alunos de Direito apresentavam escore *Clinico* para depressão antes da entrada no curso e que, após um semestre, se elevou para 27%, para 34% após dois semestres e 40% após o terceiro ano, indicando que ao iniciar a universidade o perfil psicológico dos estudantes era semelhante ao da população geral. Neste estudo 14,5% dos estudantes do primeiro ano de Direito apresentaram Problemas de Depressão e 13,0% Problemas de Ansiedade, no segundo ano os índices foram de 24,2% e 27,3% e no terceiro de 15,4% e 20,5%, respectivamente, indicando elevação inicial e posterior estabilização no terceiro ano, porém em níveis superiores aos da entrada no curso. Dammeyer e Nunez (1999) verificaram que 44% dos estudantes de Direito tinham níveis clinicamente elevados de angústia e uso de substâncias, sendo que após a graduação, o mesmo estudo demonstrou que 70% dos advogados tiveram problemas com álcool em algum momento de sua vida.

Nos Estados Unidos uma pesquisa avaliando 105 profissões revelou que advogados norte-americanos ocupavam o primeiro lugar em sintomas depressivos, com uma taxa de duas a quatro vezes a da população geral. (BENJAMIN; DARLING; SALES, 1990). Outro estudo desenvolvido com 13 universidades Australianas com 741 estudantes de Direito encontrou índice de 35%. (JAMES, 2005; JAMES, 2008). Em estudantes de Medicina da Estônia foram encontrados índices de 30,6% para depressão e 21,9% para ansiedade; enquanto na Índia foram de 29,3% e 20,3%, respectivamente. (ELLER, *et al.*, 2006)

Baldassim *et al.*, (2008), estudando 377 alunos da Faculdade de Medicina do ABC Paulista, utilizando o instrumento *State – Trait Anxiety Inventory (TSAI-Y)*,

encontraram ansiedade classificada como moderada em 79,9% e grave em 20,1%. Desses, 56,7% eram do sexo feminino, semelhante ao resultado encontrado no presente estudo, onde as estudantes de Medicina apresentaram maior frequência de ansiedade do que seus colegas homens. Esses resultados também estão de acordo com a literatura, que apontam maior frequência de sintomas depressivos e de ansiedade em mulheres, tanto no meio acadêmico como na população geral. (INAN; SAQIB; ALAN, 2003; MORO; VALLE; LIMA, 2005; BAYRAM; BILGEL, 2008). O sexo feminino parece não ser um fator de risco por si só, mas sim o ambiente e suporte social em que está inserido na maioria das culturas. (LIMA, 1999). Outras investigações indicam que mulheres com filhos pequenos e jornadas integrais de trabalho podem estar sob maior risco de desenvolver TM. (MENEZES; NASCIMENTO, 2000). O fato dos homens relatarem menos sintomas depressivos do que as mulheres também colaboram para a menor frequência de depressão encontrada entre eles. Millan, Rossi e De Marco (1995) e Lima (1999) realizaram um estudo a respeito da procura espontânea de assistência psicológica em estudantes de Medicina e concluíram que as mulheres buscam este apoio duas vezes mais que os homens. Segundo esses estudos, as estudantes apresentaram maior grau de psicopatologia, eram menos resistentes a procurar ajuda do que os estudantes homens e apresentavam maior disponibilidade para o crescimento pessoal.

Por sua vez, Curran *et al.* (2009) referiram que a depressão em estudantes universitários está associada a fraco suporte social e número maior de eventos estressantes. Como o estudante universitário muitas vezes se afasta de seu local de residência para continuar sua formação, pode haver uma interrupção significativa nos seus vínculos sociais e no número de pessoas disponíveis para obter apoio, o que pode desencadear um conjunto de problemas emocionais. Esse mesmo estudo verificou que 40% dos estudantes com ideação suicida atingiam os critérios necessários para serem considerados com risco de depressão. Para os restantes 60% com baixos níveis de depressão os principais preditores de ideação suicida identificados foram a carência de suporte emocional e a desregulação emocional.

Síndrome de Isolamento foi observada em nível *Clínico* em 98 (12,6%) dos estudantes de Medicina e 51 (18,7%) dos estudantes de Direito, com predomínio do sexo feminino em ambos os cursos. Resultados semelhantes foram obtidos para a presença de Personalidade Evitativa do *DSM-Orientado*. Os estudantes referiram não possuir um bom relacionamento com outras pessoas e com o sexo oposto, evitavam

relacionar-se, preferiam ficar sozinho a ficar na companhia de outras pessoas eram reservados, recusavam-se a falar consideravam que outros não gostavam deles, possuíam dificuldade para fazer ou manter amigos e referiram que poucas coisas lhes davam prazer. Neste estudo observou-se estreita associação dessas características com o risco de Suicídio, para ambos os cursos.

Hoje é sabido que a qualidade e a quantidade das relações interpessoais estabelecidas, assim como o sentimento de pertencer a um grupo e a ligação a pessoas significativas desempenham um papel importante na satisfação e qualidade de vida, uma vez que o isolamento social, resultante do fato de o jovem não se sentir integrado socialmente e não ter desenvolvido sentimentos de pertença (caracterizada pelo desejo de ser aceito pelo outros, de pertencer a grupos e pela reação negativa a rejeição), pode criar condições propensas à ideação suicida e ao suicídio. (JOINER, 2005; MELLOR *et al.*, 2008). Isto é especialmente importante na transição para a universidade, uma vez que esta implica em alterações provocadas pela perda da vinculação com pessoas significativas como melhor amigo ou os pais, somado ao déficit de envolvimento com outros - rede social, colegas e vizinhos. (GIERVELD; VAN TILBURG; DYKSTRA, 2006; KRAUSE-PARALELLO, 2008; ARRIA *et al.*, 2009). No presente estudo verificou-se que as relações interpessoais estiveram associadas negativamente com os níveis de isolamento e positivamente com os níveis de satisfação com a vida, encontrando-se o sentimento de solidão e isolamento mais acentuado na população feminina e, inversamente, na população masculina verificou-se maiores níveis de satisfação com a vida. Bugay (2007) encontrou resultados semelhantes em uma população universitária em Shiraz no Irã.

Com relação ao quesito Síndrome Queixas Somáticas, as principais queixas identificadas foram sentir tontura, cansaço, irritabilidade, tensão, dores generalizadas, frequentes dores de cabeça e de estômago, náuseas e vômitos, partes do corpo entorpecidas ou com dormência, coração disparado, problemas de sono, além de problemas de pele e visão. No *DSM-Orientado* essas mesmas queixas compõe os Problemas Somáticos. Neste estudo 42 (5,4%) estudantes do curso de Medicina e 20 (7,3%) estudantes de Direito apresentaram resultados em nível *Clinico* para esta Síndrome.

As queixas psicossomáticas parecem ser muito frequentes em populações universitárias, segundo um estudo de Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005). Em termos percentuais o mesmo estudo indicou que 28% dos estudantes referiram

estresse psicológico, 26% manifestaram insatisfação com seu desempenho acadêmico, 25% apresentavam algum tipo de TM e 15% revelaram desejos de morte. No presente estudo observou-se que 246 (31,7%) dos estudantes de Medicina, mas nenhum estudante de Direito considerou possuir sobrecarga de atividades acadêmicas. Tendo em conta esses dados, é possível considerar que a falta de confiança no desempenho acadêmico, somado às dificuldades de relacionamento com professores e entre seus pares, e principalmente a sobrecarga de atividades, podem provocar níveis elevados de estresse psicológico nos estudantes de Medicina, o que acaba produzindo sintomas psicossomáticos tais como os observados neste estudo, especialmente nos estudantes do terceiro e quarto ano do curso de Medicina e terceiro ano para os alunos de Direito.

As Queixas Somáticas apresentaram, em ambos os cursos, associação significativa com baixos índices de Qualidade de Vida em todos os Domínios. Isto pode sugerir que esta população pode não possuir ainda estratégias adequadas para lidar com dificuldades significativas, que não são verbalizadas ou elaboradas mentalmente, acabando por se expressar por sintomas físicos.

O estresse profissional, também denominado *Burnout* na definição de Maslach, caracteriza-se como uma síndrome que cursa com a exaustão emocional, despersonalização e realização profissional reduzida entre indivíduos que trabalham com pessoas. (MASLASH; JACKSON, 1986). A exaustão emocional está relacionada à redução de recursos emocionais internos, causadas por demandas interpessoais. A despersonalização pode se refletir no desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis, direcionadas às pessoas para quem o serviço é prestado. A sensação de baixa realização profissional evidencia que pessoas que sofrem de *Burnout* tendem a acreditar que seus objetivos profissionais não foram atingidos e vivenciam uma sensação de insuficiência e baixa estima profissional. (SCHAUFELI; BUUNK, 2003). Estudos realizados em vários países indicam que estudantes de Medicina estão expostos durante sua formação acadêmica a diversas situações que podem gerar sintomas somáticos. De maneira semelhante é demonstrado que estudantes de Direito experimentam ao longo do período acadêmico fortes emoções, com histórias as vezes traumáticas, sentimento de tristeza, entusiasmo com uma vitória justa, além de testemunharem injustiças diante de pessoas hostis e podem se sentir esgotados, física e emocionalmente. (SOONPAA, 2004).

O despreparo do estudante para lidar com essas situações pode trazer repercussões importantes em sua saúde e no seu bem-estar biopsicossocial. A imposição de alto nível de cobrança em uma população jovem e vulnerável, não só pela sociedade, mas principalmente pela instituição de ensino, pelo professor e pelo próprio aluno, pode expor o estudante a crises. (PORCU; FRITZEN; HELBER, 2001). Observou-se que algumas vezes foram os estressores externos os responsáveis pelo desequilíbrio do aluno, mas outras vezes e com manifestação mais intensa estavam os internos, isto é, a predisposição genética que, associada aos externos em certos períodos da vida, deixava o aluno mais susceptível.

Além dos fatores inerentes à vida acadêmica o estudante já tem incorporado no seu cotidiano o ambiente virtual das tecnologias de comunicação e pesquisa durante várias horas por dia, encurtando ainda mais suas horas de sono e descanso. Muitos estudos sugerem que a privação de sono em estudantes de Medicina pode reduzir a capacidade de raciocínio em testes de memória, linguagem e matemática, além de piorar a capacidade de retenção de informações, resolução de problemas, concentração, atenção visual e a capacidade de interpretação. (GREEN, WALKEY; TAYLOR, 1991; HIDALGO; CAUMO, 2002).

A privação de sono pode levar à sonolência diurna, causar deterioração mental progressiva, psicológica e física, além de mudanças de humor, diminuição da coordenação motora e da capacidade de raciocínio, problemas de memória, de aprendizado e da fala, alucinações, paranoia e danos físicos, como alterações de batimentos cardíacos e temperatura corporal. (COREN, 1996; MEDEIROS *et al.*, 2001). Essa privação pode ser interpretada como símbolo de dedicação acadêmica, o que, em curto prazo, pode aumentar a produtividade nos estudos, mas em longo prazo provoca efeito inverso causando queda da produtividade, déficit cognitivo, desmotivação, desordens psiquiátricas menores, enfim, geram prejuízo na saúde e na qualidade de vida. (HIDALGO; CAUMO, 2002; OLIVEIRA; STURN; SARTORATO, 2005).

Um estudo realizado para identificar sonolência em estudantes de Medicina encontrou 48,1% deles com resultado considerado patológico e 10,3% classificados como muito patológico. Neste estudo 101 (13%) dos estudantes de Medicina e 22 (8%) dos estudantes de Direito referiram algum problema relacionado com a privação de sono. Os alunos de Medicina relacionaram-no à extensa carga horária do curso,

amplo conteúdo e atividades complementares, situação que é tradicional nas universidades brasileiras.

Síndrome Problemas de Atenção e Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade (*DSM-Orientado*) esteve presente em 139 (13,3%) e 106 (10,1%) alunos dos cursos de Medicina e de Direito, respectivamente, com predomínio do sexo feminino, associada à baixa pontuação para Qualidade de Vida em todos os Domínios. Porém, quanto à questão específica: “Tenho dificuldade para me concentrar ou prestar atenção por muito tempo”, 212 (27,3%) dos estudantes de Medicina e 62 (22,7%) de Direito responderam positivamente. Muitos estudantes podem apresentar alguns dos sintomas do TDAH, sem preencher os critérios para o diagnóstico desse transtorno. Períodos de maior preocupação com problemas pessoais, desempenho acadêmico e sobrecarga de atividades podem, em razão do estresse, provocar prejuízos temporários na capacidade de atenção/concentração.

Neste estudo, 14,2% dos estudantes apresentaram resultado em nível *Clínico* para Problemas Externalizantes, sendo a frequência de Comportamento Agressivo maior nos estudantes de Direito. Os itens avaliados no *ASR* para Comportamento Agressivo incluem discutir muito, culpar outros por seus problemas, ser malvado com os outros, não se relacionar bem com a família, entrar frequentemente em brigas, apresentar oscilação repentina de humor e de comportamento, agredir pessoas fisicamente, gritar muito, ser teimoso, mal-humorado e irritado, ameaçar machucar outras pessoas, se aborrecer com facilidade e ser impaciente. Neste estudo 47 (4,5%) dos estudantes apresentaram Comportamento Agressivo em nível *Clínico*. Um estudo brasileiro procurou diferenciar manifestações agressivas em razão do sexo dos estudantes universitários. (*SISTO et al., 2005*). Alguns dos resultados encontrados sugeriram que os homens tenderam a importunar mais as outras pessoas, destruir coisas que não lhe pertenciam, enganar e violar regras desrespeitando a segurança própria e alheia. Também culpavam vítimas por coisas que fizeram, praticaram coação para obter favorecimento, além de não demonstrarem arrependimento pelos seus atos e agrediam pessoas e animais, entre outras manifestações. Por sua vez, manifestações como ser manipulador, irritadiço, usar de ataques de birra para alcançarem seus objetivos, brigar excessivamente, humor deprimido e baixa tolerância a frustrações caracterizaram as mulheres. Nesse sentido, os autores concluíram que certas condutas seriam peculiares a indivíduos mais agressivos de um sexo ou de outro.

O uso de substâncias psicoativas e suas consequências adversas é tema de relevante preocupação mundial e tem transcendido a categoria de “problema de saúde” (UNODC, 2009), dado o número de usuários existentes e seu impacto sobre os indivíduos e a sociedade. Em especial, os estudantes universitários compreendem uma importante parcela desse universo, uma vez que apresentam consumo de álcool e drogas mais intenso e frequente do que de outras parcelas da população geral. (JOHNSTON *et al.*, 2009). As organizações nacionais e internacionais reconhecem as consequências do uso de substâncias psicoativas, não só para o indivíduo que as consome, mas também para a família, a comunidade e outras pessoas próximas ao usuário. (CHAVEZ; O'BRIEN; PILLON, 2005).

O uso abusivo dessas substâncias entre estudantes de Medicina tem sido estudado por diferentes grupos desde a década de 60. (MADDUX; HOPPE; COSTELLO, 1986). Acredita-se que a prevalência do uso entre esses estudantes tem aumentado e se dá ao longo de todo o curso. (WECHSLER *et al.*, 2002). Outros estudos sugerem que os estudantes de Medicina não diferem muito de outros estudantes no uso de substâncias, apesar destes possuírem um melhor conhecimento dos danos potenciais que estas substâncias causam. (MORA-RÍOS; NATERA, 2001; LEMOS *et al.*, 2007).

Um número reduzido de estudantes dos Cursos de Medicina e de Direito, neste estudo, referiram uso de tabaco, drogas e álcool em quantidade de vezes preocupante, isto é, em nível *Clínico*. Para a pergunta: “Nos últimos seis meses, aproximadamente, quantas vezes por dia você usou tabaco” em ambos os cursos a frequência observada foi quase nula (0,1% e 0%, respectivamente). Para o uso de drogas as frequências foram de 0,9% e 1,8% e para a pergunta: “Quantos dias você ficou bêbado” as frequências foram de 2,4% e 2,6%, respectivamente, sem diferença quanto ao sexo no curso de Medicina e mais frequente em nível *Limítrofe* no sexo feminino no curso de Direito. Os índices maiores no sexto ano do curso de Medicina.

Porém, para as perguntas: “Uso drogas sem fins Medicinais” e “Consumo bebida alcóolica ou fico bêbado”, as frequências observadas alcançaram taxas elevadas, sendo para a primeira de 5,8% e 9,5% entre os estudantes de Medicina e Direito, respectivamente, e para a segunda de 15,5% dos estudantes de Medicina, com predomínio do sexo masculino e 15,7% de Direito, com predomínio do sexo feminino. Frequências elevadas também foram observadas em nível *Limítrofe*, de 41,9% no Curso de Medicina e de 47,6% no Curso de Direito, durante todo o curso.



Estes resultados são similares aos obtidos em estudos internacionais (NEWBURY-BIRCH; WHITE; KAMALI, 2000; WECHSLER *et al.*, 2002) e nacionais (STEMPLIUK *et al.*, 2005; WAGNER *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2009). No presente estudo, a avaliação do Uso de Substâncias o *ASR* não apresentou a mesma sensibilidade que a obtida para as perguntas incluídas nos Itens Críticos.

Apresentar pontuação em nível *Clínico* para Uso de Álcool se associou a maior frequência de Problemas Externalizantes (42,2% *versus* 10%  $p < 0,001$ ) sendo Comportamento Agressivo (11% *versus* 4,6%  $p < 0,001$ ), Comportamento de Quebrar Regras (13,2% *versus* 0%  $p < 0,001$ ), Comportamento Intrusivo (12,5% *versus* 4,1%  $p < 0,001$ ) e Personalidade Antissocial (8,8% *versus* 1,7%  $p < 0,001$ ).

O uso de álcool pelos estudantes pode ser compreendido como um fenômeno temporário e transitório que pode refletir o estilo de vida do jovem, mas também pode ser entendido como uma forma de alívio das tensões e pressões sofridas durante o curso. Estes fatos favorecem a implementação de intervenções preventivas específicas entre os estudantes, principalmente aos que estão fazendo uso experimental ou moderado, de forma a criar uma consciência durante toda a carreira universitária sobre os problemas maiores do uso dessas substâncias. Importante destacar que os estudantes, principalmente de Medicina, são conscientes dos efeitos adversos do álcool e drogas e de que elas podem induzir ao abuso e dependência, bem como o desenvolvimento de quadros depressivos e outros TM, além de aumentar os riscos de morbidade e mortalidade.

Neste estudo não foi observada frequência elevada de consumo de álcool entre os estudantes com risco de Suicídio, diferente dos resultados obtidos por Curran *et al.* (2009) que demonstraram que o abuso de álcool esteve associado a presença de ideação suicida com um nível de gravidade significativo entre os estudantes.

Os estudantes universitários, estando na sua maioria deslocados de seu local de residência (EISENBERG *et al.*, 2007), com pouco suporte social (CURRAN *et al.*, 2009), por vezes com bastante dificuldade em cumprir as exigências de formação e insatisfeitos com a sua educação, podem desenvolver sintomatologia depressiva, ansiedade ou estresse. (BAYRAM; BIEGEL, 2008). Se a essas condições for acrescentada a tendência para o abuso de álcool ou outras substâncias, a população universitária pode ser vista como um grupo em que os fatores de risco comuns podem se manifestar de forma particularmente frequente.

Considerando a possibilidade de suicídio, estudos sugerem que a elevada incidência entre os médicos, advogados, estudantes de Medicina e de Direito pode estar relacionada com a tendência de negação de desconforto psicológico e o estresse de natureza pessoal, além de se fecharem para qualquer intervenção terapêutica. (CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005).

O suicídio tem se revelado como uma das três principais causas de morte de pessoas entre os 15 e 35 anos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Esses dados devem merecer atenção especial tanto das autoridades como da sociedade em geral, sendo que essa preocupação deve contemplar os que possuem comportamentos denominados pensamentos suicidas, a tentativa de suicídio ou ideação suicida.

Embora nenhuma patologia ou acontecimento possa prever com segurança o suicídio, existem algumas vulnerabilidades que tornam alguns comportamentos, se presentes no indivíduo, mais propensos a consumir esse ato do que outros. (VIEIRA, 2008). “Cry for help”, foi assim que Stengel (1980) denominou os desejos de comunicação de tentativas e atos suicidas. Às vezes é possível observar algum tipo de comunicação da intenção suicida através de mudanças de comportamento como aumento de indecisão, desorganização, sono excessivo, sentimentos negativos, diminuição da mobilidade e da capacidade de trabalho, depressão, entre outras.

O pensamento suicida caracteriza-se por um comportamento autoagressivo com o objetivo de aliviar a tensão sentida, como causar lesões a si próprio ou ingerir substâncias em excesso. Geralmente é provocado por pessoas que não possuem estratégias emocionais que as ajudem a melhorar os sintomas que provocam essa tensão. (BORGES; WERLANG, 2006). Já na tentativa de suicídio e na ideação suicida o ato pode ser levado a cabo quando há clara intenção de morrer. Porém, às vezes, por razões diversas, não há o êxito. O fator primordial de diferenciação entre as três situações é o grau de intenção de terminar com a vida.

No presente estudo, para a avaliação de risco de suicídio, considerou - se aqueles que responderam às perguntas: “*Eu me machuco de propósito ou tento suicídio*” e/ou “*Penso em me matar*”. A frequência foi um pouco maior entre os estudantes de Direito (14,3%) do que entre os estudantes de Medicina (10,6%), que responderam afirmativamente sobre a possibilidade de suicídio em algum momento de sua vida, situação confirmada em entrevista individual com os estudantes de ambos os cursos. Desses, 73 (9,4%) alunos de Medicina e 33 (12,1%) alunos de

Direito disseram ter pensado em se matar nos últimos seis meses e 23 (3,0%) estudantes de Medicina e 19 (6,9%) dos estudantes de Direito disseram se machucar de propósito ou tentar suicídio. Esses índices podem ser considerados mais alarmantes quando, mesmo entre vários estudantes que responderam negativamente a esses itens, durante a entrevista de entrega dos resultados muitos afirmaram já terem pensado em suicídio, principalmente em períodos de sobrecarga de atividades teórico-práticas, pela pressão do tempo para executá-las, pelo pouco apoio dos colegas, abuso e autoritarismo de alguns professores, acontecimentos negativos na vida pessoal, ansiedade e/ou depressão, somados aos traços de personalidade individual.

Para a classificação da denominada Síndrome Problemas de Pensamento, foram analisados os seguintes itens: não conseguir tirar certos pensamentos da cabeça, ter obsessões, repetir as mesmas ações várias vezes seguidas, apresentar compulsões, se machucar acidentalmente com frequência, machucar-se de propósito ou tentar suicídio, escutar sons ou vozes inexistentes e fazer coisas ou ter ideias estranhas. Esta Síndrome esteve presente em 29 (3,7%) estudantes de Medicina e 24 (8,8%) estudantes de Direito, sendo uma das variáveis com maior associação com risco de suicídio para ambos os cursos. Em geral, inclinações suicidas não são percebidas pelos colegas ou pessoas próximas ou, às vezes, são negligenciadas, aumentando o risco em razão de o estudante poder ter ao seu alcance os métodos mais eficazes para o êxito. Assim, esforços são necessários para melhorar o diagnóstico, terapêutica e prevenção daqueles que fazem gestos ou tentativas de suicídio, muitas vezes com sucesso. (TYSSEN *et al.*, 2001; ARSLAN *et al.*, 2009).

Entre os casos com risco de suicídio nesta amostra os Domínios – Psicológico e Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais funcionaram como fatores protetores diminuindo o risco em 1,5 vez e 3 vezes, respectivamente.

Cabe à universidade oferecer preparo ao estudante desde sua entrada, com programas de conscientização, orientação de que a informação técnica adquirida não lhe dará imunidade aos conflitos emocionais, além de publicações constantes para familiarização, por parte dos estudantes, como profilaxia e reconhecimento dos sinais preditivos de Suicídio. A observação de mudanças no comportamento do aluno é muito importante, além da disponibilidade de atendimento psicológico, psiquiátrico e, o mais importante, desenvolvimento de ações que ajudem os estudantes a procurar ajuda para suas dificuldades.

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Entretanto, a Medicina ocidental como um todo e a psiquiatria em especial têm tido, essencialmente, duas posturas em relação ao tema: 1) negligência, por considerar esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse pessoal; 2) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus participantes como evidências de psicopatologias diversas. A tradição da Medicina oriental, por outro lado, busca integrar de forma explícita as dimensões religiosa e espiritual ao binômio saúde/doença.

Existem evidências crescentes de que a religiosidade está associada com a saúde mental. Em um estudo de revisão foi mostrada associação positiva em 50% dos casos e negativa em 25% deles. A religiosidade foi considerada como um fator protetor para o suicídio, abuso de substâncias, comportamento delinquente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais. (LEVIN; CHALTERS, 1998). Em função disso a OMS, por meio do Grupo de Qualidade de Vida, incluiu o domínio denominado “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais” no *WHOQOL-100*. Esse Domínio é composto por apenas quatro questões que se mostraram insuficientes em testes de campo realizados em vários países, razão pela qual esse mesmo grupo desenvolveu módulos específicos para avaliar essa dimensão dentro de uma perspectiva transcultural – o *WHOQOL SRPB* – (*Spirituality religiousness and personal beliefs*).

Eisenberg *et al.* (2007) encontraram prevalência de ideação suicida de 2,5% em estudantes universitários e 1,6% em pós-graduandos nos EUA. Garlow *et al.* (2008) e Arria *et al.* (2009) encontraram que pensamentos suicidas estavam presentes em 11,1% e 6% da amostra de estudantes, respectivamente. Na Noruega, o índice encontrado foi de 14% (TYSSSEN, 2001), semelhante ao registrado no estudo de Fridner *et al.* (2009) na Suécia, de 13,7% e na Itália de 14,3%. Uma amostra austríaca e uma turca encontraram prevalência de 11,3% e 12%, respectivamente. (ESKIN *et al.*, 2011). Já Pereira e Cardoso (2015), em Portugal, encontraram prevalência de 10,7%, sendo todos esses resultados semelhantes aos encontrados na amostra do estudo em questão.

Ao estender o levantamento da prevalência de ideação suicida a adolescentes, os dados mostram relevância clínica ainda maiores, 36% em adolescentes brasileiros (BORGES; WERLANG, 2006), considerando o tempo de vida. Esses dados, no seu conjunto, alertam para a necessidade de um maior número

de campanhas de prevenção do suicídio e intervenções, levando-se em conta a faixa etária do estudante universitário, bem como que a existência de história de ideação suicida, que pode ser um fator preditor de morte por suicídio. (GARLOW *et al.*, 2008). A presença de ideação suicida está associada a níveis mais baixos de saúde mental entre os estudantes universitários. (ROBERTO, 2009).

Considerando neste estudo as principais variáveis e Síndromes do ASR e do DSM-Orientado associadas ao risco de Suicídio, Problemas de Depressão (OR = 4,85), Problemas Internalizantes (OR = 3,09), Problemas de Pensamento (OR = 2,96) e Personalidade Antissocial (OR = 1,81) foram os de maior risco de suicídio para ambos os cursos. Para a análise do Uso de Substâncias nenhuma das variáveis foi apontada como de risco significativo.

Alguns estudos sugerem que as escolas de Direito contribuem para o isolamento do aluno com perda de prioridades pessoais, sensação de desamparo, falta de orientação, julgamento constante de suas ações e ambiente competitivo. (STURN; GUINIER, 2007). Foi identificada ainda a necessidade de desenvolvimento de um comportamento padrão e de uma estrutura de linguagem específica, o de “pensar como advogado”. (MERTZ, 2000). Demonstrou ainda que normas percebidas de um grupo e experiências compartilhadas e acumuladas podem ter grande impacto sob a forma de percepção e de ação pessoal do aluno. Estudantes de Direito aprendem a colocar de lado sua própria consciência em favor da defesa imparcial e, para isso, compartimentalizam seus valores como se eles pudessem ser desconectados de seu sentimento, evidenciando prejuízos para seu bem-estar e qualidade de vida. (KRIEGER, 2004).

A associação entre algumas dessas Síndromes (GARLOW *et al.*, 2008; ARRIA *et al.*, 2009) não é inesperada, dado que uma das manifestações dos comportamentos de isolamento, ansiedade, depressão, pensamento e agressividade está ligada aos desejos de morte, pois a visão do mundo e do futuro se torna negativa, como também os sentimentos de desesperança. (BORGES; WERLANG, 2006).

Os índices do Funcionamento Adaptativo para risco de suicídio também ocuparam relevância nos resultados, uma vez que apresentar problemas nesses itens também esteve associado a comprometimento em todas as áreas do ASR, à exceção do Uso de Álcool. Essa conjuntura de fatores e sintomas pode originar um estado psicológico que “ultrapassa a possibilidade de suportar”, como descrita por vários estudantes nesta amostra. “Um intenso estado interno de angústia”, a “impossibilidade

de encontrar uma saída” e “uma necessidade urgente de alívio” foram as características relatadas pelos estudantes como a única solução rápida e eficaz em alguns momentos de suas vidas.

Sabe-se que mesmo que o ato não tenha se consumado, mas permanecido por longo período na vida pessoal do estudante, a ideação suicida pode trazer um impacto significativo, diminuindo a satisfação e qualidade de vida, como observado neste estudo e semelhante ao visto por Arslan *et al.* (2009), que avaliaram qualidade de vida e depressão em estudantes universitários.

A relação entre suicídio e depressão é estreita a ponto de alguns estudos sugerirem que o Suicídio é uma das consequências da depressão. (WHO, 2007). O comportamento suicida é frequentemente considerado um dos sintomas característicos, senão específico, dos grandes sistemas nosográficos como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) ou em escalas e inventários para avaliação dos sintomas depressivos. (CORRÊA; BARRERO, 2006). A depressão foi considerada como responsável por 30% dos casos relatados de suicídio em todo o mundo, segundo a OMS. (2000).

Lasgaard, Goossens e Elkit (2010), estudando o quadro depressivo em associação com a presença de outras variáveis psicológicas ou demográficas para risco de suicídio, verificaram que a depressão por si foi considerada um fator relevante e independente. Borges e Werlang (2006), estudando adolescentes com depressão, concluíram que eles apresentavam nove vezes mais chances de manifestar ideação suicida e adolescentes com sentimento de desesperança diante da vida apresentaram probabilidade sete vezes maior. No presente estudo os dados são alarmantes. Estudantes de Medicina e de Direito com resultado positivo para Problemas de Depressão apresentaram quase cinco vezes mais chances de manifestar pensamento suicida.

Tyssen *et al.* (2001) observaram que o estresse sofrido durante a formação acadêmica também esteve associado a pensamentos suicidas o que revela que o sofrimento psicológico é comum nos estudantes em que o objeto de estudo é o ser humano, independentemente do curso que é estudado. (CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005).

Todavia, as relações específicas que as características da Síndrome Isolamento e o sentimento de solidão mantém com a ideação suicida ainda não estão muito bem compreendidas (LASGAARD *et al.*, 2010), mas até o momento os estudos

que abordam esta temática revelam que o Isolamento e a solidão são comuns nessa faixa etária e podem se manifestar através de sintomas afetivos (tristeza, depressão e desesperança), cognitivos (visão negativa de si mesmo, sentimentos de inferioridade e desvalorização pessoal) e comportamental (inibição social). (HEINRICH; GULLONE, 2006). Page *et al.* (2006) estudaram uma amostra composta por adolescentes de três países e os resultados da análise para cada um dos grupos evidenciou uma relação significativa entre as tentativas de suicídio nos últimos 12 meses e isolamento e depressão para ambos os sexos. Os autores, porém, não teceram considerações sobre possíveis relações causais entre as variáveis, mas sentimentos de desesperança estiveram associados a tentativa de suicídio.

O sentimento de solidão não é avaliado isoladamente nos resultados do *ASR* deste estudo, mas faz parte da Síndrome Ansiedade/Depressão e de Problemas de Depressão pelo *DSM-Orientado*, onde também foi encontrada a associação, no conjunto, entre esses itens e suicídio.

Importante, porém, ressaltar que no estudo desenvolvido por Page *et al.* (2006), uma vez removido os sentimentos de solidão e o isolamento, essa relação desapareceu em alguns grupos e em outros tornou-se significativamente mais fraca. Isto mostra que mesmo que os sentimentos de desesperança estejam presentes, um bom suporte emocional e social pode ser um fator protetor contra as tentativas de suicídio, isto é, quanto menos apoio maior o nível de ideação suicida. (ARRIA *et al.*, 2009; CURRAN *et al.*, 2009). Façanha *et al.* (2010) verificaram que durante a aplicação de um programa de prevenção de suicídio, quer no início, quer no final, as adolescentes apresentavam valores de autoestima mais baixos e deixavam-se afetar pelos acontecimentos do cotidiano mais facilmente que os rapazes (CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005); no entanto, verificou-se que estudantes do sexo masculino apresentavam menor percepção de autoeficácia e maior falta de confiança na capacidade de desempenho que as estudantes.

Neste estudo, na avaliação dos Itens Críticos Específicos e Suicídio observaram-se frequências preocupantes, tanto nos estudantes de Medicina como de Direito, para “choro muito”, (10,8% e 12,4%); “sou infeliz triste ou deprimido” (4,0% e 8,4%); “não consigo tirar certos pensamentos da cabeça, obsessões” (17,8% e 26,0%); “tenho dificuldade para me concentrar ou prestar atenção por muito tempo” (27,3% e 22,7%); “meu humor oscila entre excitação e depressão” (17,2% e 22,3%), respectivamente, predominantemente no sexo feminino.

Resulta do exposto ser inegável a existência de risco para TM e baixa Qualidade de Vida na população estudada. Pretende-se alertar para um importante problema considerado em si mesmo, mas também suscitar o interesse para o desenvolvimento de planos de intervenção adequados e efetivos às problemáticas vivenciadas pelos jovens estudantes em tão importante fase da vida.

Cabe lembrar que poder contar com pessoas com as quais é possível dividir dúvidas e/ou opiniões e obter suporte, incentivo ou contribuição, é tido como um importante elemento de proteção contra TM, ajudando a retardá-los ou até mesmo detê-los. (BENEVIDES–PEREIRA, 2002). É fundamental garantir aos estudantes um ambiente estimulante, saudável e, sobretudo humanístico, pois a essência da carreira profissional está baseada na relação interpessoal e esta tem início no íntimo contato professor-aluno, o primeiro e mais significativo dentro da formação acadêmica e que contribui como modelo para o futuro das relações profissionais. Professores precisam estar preparados para reconhecer sinais e sintomas comuns das condições de saúde mental de seus alunos, bem como sobre a forma de comunicação mais eficaz sobre seus problemas. Algumas universidades possuem professores-tutores, considerados capazes de identificá-los. O papel do tutor é o de incentivar o aluno a procurar ajuda, fazendo o primeiro reconhecimento, o apoio inicial e a sinalização.

É muito importante as universidades demonstrarem que estão abertas a ajudarem seus alunos. Para isso a Instituição deve ser capaz de oferecer programas de promoção da saúde mental e bem-estar, ajudando a reduzir o estigma associado à doença mental, além de adotar medidas de prevenção e conscientização principalmente em situações de estresse, para favorecer a melhora ou recuperação dessa condição, prevenindo problemas mais graves. Porém, as Instituições devem estar cientes de seus limites para não trazer o gerenciamento do tratamento para si, certificando-se ainda de que suas políticas sobre o aluno sejam confidenciais.

Os estudantes devem sentir-se seguros de que, ao procurar um serviço de saúde, terão seus dados preservados, pois o direito à confidencialidade em um tratamento de saúde é universal. Esse direito somente deve ser quebrado em circunstâncias muito raras, onde a violação da confidencialidade protege o aluno de riscos e danos graves para si e para outras pessoas.

Embora a modificação dos fatores e condições estressoras dos cursos universitários seja tarefa que apresenta alguma complexidade, a utilização de instrumentos de avaliação e a implementação de programas que ofereçam aos alunos



a oportunidade de se depararem com suas dificuldades e necessidades é fundamental. Se um estudante for capaz de reconhecer que tem um problema, passa a ter uma compreensão de sua condição e pode pedir ajuda ainda numa fase inicial dos sintomas, colocando seu desenvolvimento intelectual em consonância com um amadurecimento saudável, tanto pessoal como profissional. Uma boa saúde mental lhe dará condições para completar sua formação com qualidade e com uma clara compreensão de aspectos inerentes à sua própria personalidade e a sua vida.

Estudos sugerem que deficiências em habilidades sociais estão geralmente associadas a pior qualidade de vida e a diversos tipos de TM. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001). Segundo os autores, pessoas socialmente habilidosas são capazes de obter ganhos com maior frequência, desenvolvem e mantêm relacionamentos mutuamente benéficos e sustentáveis e buscam constantemente a satisfação pessoal sem, contudo, descuidar de sua qualidade de vida e de suas interações sociais.

Desde a entrada do estudante na universidade, já nos primeiros contatos, é importante que ele seja informado sobre temas de saúde mental. Isso pode ser feito, por exemplo, por meio de palestras interativas com profissionais experientes e empáticos que abordem os principais TM observados em estudantes universitários, a forma de reconhecê-los, sua prevalência, fontes de ajuda e tratamentos disponíveis.

Os alunos poderiam ser entrevistados individualmente e convidados a responder um teste de triagem para TM, seguido de uma discussão em pequenos grupos, com o objetivo da promoção da saúde mental. Nessas reuniões os alunos deveriam ser incentivados a fazer perguntas e discutir preocupações, bem como receber orientações gerais de como gerenciar algumas situações problema.

Muitas universidades oferecem aos alunos informações sobre condições de saúde mental, como acessar serviços de apoio dentro e fora da universidade, além de ser comum o envio de *e-mail* regularmente, durante todo o curso.

É função da Universidade possibilitar que os estudantes tenham condições de se graduar mantendo qualidade de vida adequada e compatível com a fase de juventude e que receba, por meio de relações interpessoais entre seus pares, professores e Instituição de Ensino, mais apoio e orientação para superar as dificuldades inerentes aos cursos superiores.

## 6 CONCLUSÃO

1. A Prevalência de risco para Transtornos Mentais entre os universitários foi de 48,7% em nível *Clínico* e 65,1% em nível *Limítrofe* pelo *Adult Self Report*. No curso de Medicina foi de 54,3% e 54,4%, respectivamente. No curso de Direito, de 59,7% e 59,0%;

2. Os principais riscos de Transtornos Mentais observados foram Problemas Internalizantes (~36%), Ansiedade (~20%), Depressão (~15%) e Personalidade Evitativa/Isolamento (~15%);

3. O risco de Transtornos Mentais foi 2 vezes maior no 3º ano e em estudantes do sexo feminino;

4. O comprometimento no Funcionamento Adaptativo Geral de risco esteve associado a todas as demais áreas do instrumento *ASR*, à exceção apenas do Uso de Álcool.

a) Comprometimento do Funcionamento Adaptativo no seu subitem Amigos esteve associado a maior risco de Problemas Internalizantes, Personalidade Evitativa e Depressão;

b) Comprometimento no subitem Família elevou o risco de Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas de Atenção do *ASR* e Problemas de Depressão e Personalidade Evitativa do *DSM-Orientado*;

c) Comprometimento do Funcionamento Adaptativo no subitem Educação aumentou o risco de Transtornos Mentais em todas as áreas do *ASR* e do *DSM-Orientado*.

5. Observou-se prevalência elevada de Dificuldade de Atenção/Concentração de (26,1%), Uso de Álcool (15,5%), Oscilação de Humor (18,5%), Obsessões (19,9%) e Chorar Muito (11,2%);

6. Observou-se prevalência elevada de baixa Qualidade de Vida Geral e em seus Domínios entre os estudantes de ambos os cursos e o risco de Transtornos

Mentais esteve significativamente associado a pior Qualidade de Vida em todos os Domínios, exceto o Nível de Independência;

7. A prevalência de risco de Suicídio entre os universitários foi de 11,5%, sendo 10,6% entre os estudantes do curso de Medicina e 14,6% entre os estudantes de Direito;

8. A presença de risco para Transtornos Mentais foi preditor independente de risco de Suicídio, aumentando-o em 6 vezes;

9. Observou-se entre os estudantes com risco de Suicídio maior frequência de Problemas Internalizantes do *ASR* e Problemas de Ansiedade, Problemas de Depressão e Personalidade Evitativa do *DSM-Orientado*.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas medidas devem ser consideradas na prevenção, identificação, diagnóstico precoce e orientação terapêutica de estudantes com risco de Transtornos Mentais, em um Programa Institucional de Saúde Mental:

1. Formar uma equipe multidisciplinar, capacitada e dedicada, com o objetivo de orientação, informação, atendimento psicológico/psiquiátrico/psicopedagógico e voltada a pesquisa sobre saúde mental do estudante;
2. Disponibilizar atendimento e orientação psicopedagógico especialmente no início do curso, quando os estudantes apresentam dificuldades de adaptação ao ensino superior;
3. Disponibilizar suporte de atendimento psicológico para acompanhamento dos estudantes durante toda a graduação, de forma agendada e de acesso livre;
4. Identificar e acompanhar os estudantes utilizando instrumentos de triagem para a identificação de risco de Transtorno Mental aplicados periodicamente até o término do curso;
5. Disponibilizar atendimento psiquiátrico para os casos identificados como de risco para Transtorno Mental de acordo com a avaliação psicológica;
6. Disponibilizar informação de forma contínua por meios eletrônicos como *Facebook*®, grupos de *WhatsApp*®, *Instagram*®, sites na internet e meios convencionais como panfletos, vídeos, jornais de circulação interna;
7. Divulgar amplamente, desde os primeiros anos, os serviços de apoio disponíveis;
8. Desenvolver estratégias de apoio e orientação para a transição entre o ciclo básico e *Clínico*, no curso de Medicina, momento de maior risco para Transtornos Mentais.

Algumas sugestões de prevenção incluem:

1. Eleger professores tutores para um aluno ou um grupo de alunos, a fim de permitir que o aluno tenha um vínculo especial com um professor a quem possa recorrer durante todo o curso;
2. Incentivar e criar vínculos entre os estudantes para a formação de binômios de turmas, de forma que a turma de um período dê apoio à turma anterior e assim, sucessivamente;
3. Criar e promover reuniões de discussão entre estudantes e profissionais já graduados para que possam expressar suas dificuldades pessoais e angústias acadêmicas.

## REFERÊNCIAS

ABDULGHANI, H. M. *et al.* Stress and Its Effects on Medical Students: A Cross-Sectional Study at a College of Medicine in Saudi Arabia. **Journal of Health, Population, and Nutrition**, v. 29, n. 5, p. 516–522, 2011.

ABOU-SALEH, M. T.; JANCA, A. The epidemiology of substance misuse and comorbidity psychiatric disorders. **Acta Neuropsychiatrica**, v. 16, p. 3-8, 2004.

ABRÃO, C. B.; COELHO, E. P.; PASSOS, L. B. S. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 315-323, 2008.

ACHENBACH, T. M. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Finding, Theory and Applications Burlington, VT? University of Vermont: **Research Center for Children Youth & Families**, 2009.

ACHENBACH, T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist 14-18 and 1991 profile**. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.

ACHENBACH, T. M. *et al.* Assessment of Adult Psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. **Psychological Bulletin**, 131, 361-382, 2005.

ACHENBACH, T. M.; DUMENCI, L.; RESCORLA, L. A. DSM - oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 32, n. 3, p. 328-340, 2003.

ACHENBACH, T.M.; EDELBROCK, C. **Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Profile**. Burlington: University of Vermont, 1983.

ADLAF, E. M. *et al.* The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. **Journal of American College Health**, v. 50, n. 2, p. 67-72, 2001.

ALMEIDA, A. M. *et al.* Transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 245-251, 2007.

ALMEIDA, N. **Ideação suicida em estudantes do ensino superior**. Sociedade Portuguesa de Suicidologia, Lisboa, 2005.

ALMONDES, K. M.; ARAÚJO, J. F. Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 37-43, 2003.

ALVES J. G. B. *et al.* Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e no final do curso: avaliação pelo WHOQOL-bref. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 91-6, 2010.

ANDRADE, L. *et al.* Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 34, n. 3, p. 367-374, 2001.

ANDRADE, L. H. *et al.* Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PloS One**, v. 7, n. 2, p. 31879, 2012.

ANDERSON P.; CHISHOLM, D.; FUHR D. C. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. **The Lancet**, v. 373, n. 9682, p. 2234-2246, 2009.

ANDIFES, **Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das Universidades Federais Brasileiras**. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantes (FONAPRACE). Brasília, 2011.

ARRIA, A. *et al.* Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. **Archives of Suicide Research**, v. 13, n. 3, p. 230-246, 2009.

ARSLAN, G. *et al.* Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university. **Upsala journal of medical sciences**, v. 114, n. 3, p. 170-177, 2009.

BALDASSIM, S. P. *et al.* The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC medical education**, v. 8, n. 1, p. 60, 2008.

BARBIST, M. T. *et al.* How do medical students value health on the EQ-SQ? Evaluation of hypothetical health states compared to the general population. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 6, n. 111, 2008.

BAREFOOT, J. C. *et al.* The Cook-Medley hostility scale: item content and ability to predict survival. **Psychosomatic Medicine**, v. 51, n. 1, p. 46-57, 1989.

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**, v. 43, n. 8, p. 667-672, 2008.

BECK, A. T. *et al.* **Terapia Cognitiva da Depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BECK, C. J. A; SALES, B. D.; BENJAMIN, G. A. H. Lawyer distress: Alcohol-related problems and other psychological concerns among a sample of practicing lawyers. **Journal of Law and Health**, v. 10, p. 1, 1995.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O processo de adoecer pelo trabalho. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (org). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 105-132, 2002.

BENJAMIN, G. A. H. *et al.* The role of legal education in producing psychological distress among law students and lawyers. **Law & Social Inquiry**, v. 11, n. 2, p. 225-252, 1986.

BENJAMIN, G. A. H.; DARLING, E. J.; SALES, B. The prevalence of depression, alcohol abuse, and cocaine abuse among United States lawyers. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 13, n. 3, p. 233-246, 1990.

BETTONI, R. A. **A formação dos grupos sociais em Sartre**. Metavóia, n. 4, p. 67-75, 2002. Disponível em: <<http://odialetico.xpg.uol.com.br/revistas/Metanoia/grupos.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

- BJORKSTEIN, O. *et al.* Identification of medical student problems and comparison with those of other students. **Academic Medicine**, v. 58, n. 10, p. 759-67, 1983.
- BOLSINI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M.; LOUREIRO, S. Construction and validation of the Brazilian Questionário de Respostas Socialmente Habilidosas segundo relato de professores (QRSH-PR). **The Spanish Journal of Psychology**, v. 12, n.1, p. 349-359, 2009.
- BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.345-351, 2006.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: Epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231–236, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília, DF, p. 26, 27 de novembro de 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/PLeHcP>>. Acesso em: jul. 2015.
- BROMBERG, M. H. P. F. Cuidados paliativos para o paciente com câncer: uma proposta integrativa para a equipe, paciente e famílias. In: CARVALHO, M. M. M. J. de. **Psico-Oncologia no Brasil: Resgatando o Viver**. São Paulo: Summuns, p. 187–231, 1998.
- BROOK, J. S.; PAHL, K.; RUBENSTONE, E. Epidemiology of Addiction. In M, Galanter & H. D. Kleber (Eds), **Textbook of Substance Abuse Treatment (Fourth ed., pp. 29-44)**. Arlington, VA: **American Psychiatric Publishing**, 2008.
- BROWN, T. L. Gender differences in african american students satisfaction with college. **Journal of College Student Development**, v. 41, n. 5, p. 479-487, 2000.
- BUCHANAN, J. C.; PILLON, S. C. O uso de drogas entre estudantes de Medicina em Tegucigalpa, Honduras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, ed. especial, p. 595-600, 2008.
- BUGAY, A. **Loneliness and life satisfaction of Turkish university students**. Paper presented at the 4th Education in a Changing Environment Conference of the University of Salford, United Kingdom, 2007.
- CAMON, V. A. A. O psicólogo no hospital. In: CAMON, V. A. A. *et al.* **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, p. 15-28, 2001.
- CARSON, A. J. *et al.* Mental Health in Medical Students a Case Control Study Using the 60 Item General Health Questionnaire. **Scottish Medical Journal**, v. 45, n. 4, p. 115-116, 2000.
- CATALDO NETO, A. *et al.* O estudante de Medicina e o estresse acadêmico. **Revista Médica PUC – RS**, v. 8, n. 1, p. 6–12, 1998.
- CAVESTRO, J. de M. **Um estudo sobre a prevalência de transtornos psiquiátricos entre os estudantes de Medicina, fisioterapia e terapia ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais [Dissertação]**. Belo Horizonte: Santa Casa de Misericórdia de Minas Gerais, 2004.
- CAVESTRO, J. de M.; ROCHA, F. L. Prevalência de depressão em estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 33, n. 4, p. 264–267, 2006.



- CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes Universitários**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 3, p. 413-420, 2005.
- CERQUEIRA, T. C. S. **Possíveis influências do autoconceito e do locus de controle sobre o rendimento acadêmico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1991.
- CHAN, D. W. Depressive symptoms and depressed mood among Chinese medical students in Hong Kong. **Comprehensive Psychiatry**, v. 32, n. 2, p. 170-180, 1991.
- CHAVEZ, K. A. P.; O'BRAIN B.; PILLON S. C. Uso de drogas e comportamentos de risco no contexto de uma comunidade universitária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, num. especial, p. 1194-1200, 2005.
- CHEHUEN, J. A. Neto *et al.* Qualidade de vida dos estudantes de Medicina e Direito. **HU Revista**, v. 34, n. 3, p. 197-203, 2008.
- COREN, S. **Ladrões do sono**. Rio de Janeiro: Editora Cultura; 1996.
- CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. Suicídio: **Uma morte evitável**. São Paulo, Atheneu, 2006.
- COSTA E. F. *et al.* Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 1, p. 11-9, 2010.
- COSTA, L. S. M.; PEREIRA, C. A. A. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 3, p. 185-190, 2005.
- COSTA L. S. M.; MATTOS E. C.; SILVA F. L. A influência do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense na qualidade de vida dos seus estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 2, p. 7-14, 2001.
- CURRAN, T. A. *et al.* Depression, suicidality and alcohol abuse among medical and business students. **Irish Medical Journal**, v. 102, n. 8, p. 249-251, 2009.
- DAHLIN, M. E.; JONEBOERG, N.; RUNESON, B. Stress and Depression among Medical Students: a Cross-Sectional Study. **Medical Education**, v. 39, n. 6, p. 594 - 604, 2005.
- DAHLIN, M. E.; RUNESON, B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. **BMC Medical Education**, v. 7, n. 6, 2007.
- DAMMEYER, M.; NUNEZ, N. Anxiety and depression among law students: current knowledge and future directions. **Law and Human Behavior**, v. 23, p. 55-73, 1999.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais. Vivências para o trabalho em grupo**. Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 2001.
- DICKSTEIN, L. J.; STEPHENSON, J. J.; HINZ, L. D. Psychiatric impairment in medical students. **Academic Medicine**, v. 65, n. 9, p. 588-93, 1990.
- DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006.

DONETTO, S. Medical student's views of power in doctor-patient interactions: the value of teacher-learner relationships. **Medical Education**, v. 44, n. 2, p. 187-96, 2010.

DUARTE, P. S. *et al.* Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, 2003.

DUTRA, E. **Ideação e tentativa de Suicídio entre estudantes de psicologia da UFRN**. Relatório de pesquisa apresentado à Pró-Reitoria de Pesquisa-Propesq/UFRN, 2007.

\_\_\_\_\_. **Ideação e tentativa de Suicídio entre estudantes de psicologia da UFPB**. Relatório de pesquisa apresentado à Pró-Reitoria de Pesquisa-Propesq/UFRN, 2008.

\_\_\_\_\_. Ideação e tentativa de Suicídio entre estudantes de Medicina da UFRN e profissionais de saúde da rede pública de Natal. In: Elza Dutra Suicídio de universitários. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 924-937, 2012.

\_\_\_\_\_. Suicídio de universitários, o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 3, p. 924-937, 2012.

DYRBYE, L. N.; THOMAS, M. R.; SHANAFELT, T. D. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 80, n. 12, p. 1613–1622, 2005.

DYRBYE, L. N.; THOMAS, M. R.; SHANAFELT, T. D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. **Academic Medicine**, v. 81, n. 4, p. 354-373, 2006.

DYRBYE, L. N. *et al.* Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. **Academic Medicine**, v. 81, n. 4, p. 374–384, 2006.

DYRBYE, L. N. *et al.* Race, Ethnicity, and medical student well-being in the United States. **Archives of Internal Medicine**, v. 167, n. 19, p. 2103–2109, 2007.

DYRBYE, L. N. *et al.* Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. **Academic Medicine**, v. 85, n. 1, p. 94-102, 2010.

EATON, W. W. *et al.* Occupations and the prevalence of major depressive disorder. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 32, n. 11, p.1079-1087, 1990.

EISENBERG, D. *et al.* Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 77, n. 4, p. 534-542, 2007.

EISENBERG, D; GOLBERSTEIN, E.; HUNT, J. B. Mental Health and Academic Success in College. **Journal of Economic Analysis & Policy**, v. 9, n. 1, 2009.

ELLER, T. *et al.* Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. **Depression and Anxiety**, v. 23, n. 4, p. 250–256, 2006.

ESKIN, M. *et al.* A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 46, n. 9, p. 813-823, 2011.

- FABREGA, H. Jr. Culture, spirituality and psychiatry. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 13, n. 6, p. 525-530, 2000.
- FAÇANHA, J. D. N. *et al.* Prevenção do Suicídio em adolescentes: programa de intervenção believe. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 6, n.1, p. 1-16, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762010000100002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762010000100002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 ago. 2015.
- FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 3, p. 194-200, 2005.
- FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: Assessment, analysis and interpretation**. New York: John Wiley, 2002.
- FERNANDES, J. M.; RODRIGUES, C. R. C. Estudo retrospectivo de uma população de estudantes de Medicina atendidos no ambulatório de clínica psiquiátrica do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 26, n. 2, p. 258–269, 1993.
- FERREIRA, R. A. *et al.* O estudante de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 224-231, 2000.
- FIRTH, J. Levels and sources of stress in medical students. **British Medical Journal** (Clinical Research Edition), v. 292, n. 6529, p. 1177–1180, 1986.
- FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- FLECK, M. P. de A.; CHACHAMOVICH E. Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: FLECK, M. P. de A. *et al.* **Avaliação de Qualidade de Vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre, Artmed, p. 61, 2008.
- FLECK, M. P. de A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19–28, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Problemas conceituais em qualidade de vida**. In: A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FONTENELLE, P. **Suicídio: o futuro interrompido – guia para sobreviventes**. São Paulo, Geração Editorial, 2008.
- FORTES, J. R. A. Saúde mental do universitário. **Revista da Associação Médica**, v. 18 n. 11, p. 463-466, 1972.
- FREITAS, A. P. A. de; BORGES, L. M. Tentativas de Suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 560-577, 2014.
- FRIDNER, A. *et al.* Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study): cross-sectional associations with work stressors. **Gender Medicine**, v. 6, n. 1, p. 314-328, 2009.

- GALLI, E. S. *et al.* Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: informe preliminar epidemiológico. **Revista Médica Herediana**, v. 13, n. 1, p. 19-25, 2002.
- GARLOW, S. J. *et al.* Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. **Depression and Anxiety**, v. 25, n. 6, p. 482-488, 2008.
- GAU, S. S. *et al.* Individual and family correlates for cigarette smoke among Taiwanese college students. **Comprehensive Psychiatry**, v. 50, n. 3, p. 276-285, 2009.
- GAVIRIA, S.; RODRIGUES, M.; ALVAREZ T. The quality of familiar relationships and depression in medical students in Medellin, Colombia. **Revista Chilena de Neuropsiquiatria**, v. 40, n. 1, p. 41-46, 2002.
- GENÇÖZ, T.; OR, P. Associated factors of suicide among university students: Importance of family environment. **Contemporary Family Therapy**, v. 28, n. 2, p. 261-268, 2006.
- GERK, E.; CUNHA, S. M. As habilidades sociais na adaptação de estudantes ao ensino superior. In: BANDEIRA, M; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamento Interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 181–198, 2006.
- GIERVELD, J. de J; VAN TILBURG, T.; DYKSTRA, P. A. Loneliness and social isolation. In: VANGELISTI, A. L.; PERLMAN, D. (Ed.), **The Cambridge handbook of personal relationships**, Cambridge: Cambridge University Press, p. 485-500, 2006.
- GIVENS, J. L.; TJIA, J. Depressed medical student's use of mental health services and barriers to use. **Academic Medicine**, v. 77, n. 9, p. 918-921, 2002.
- GOEBERT, D. *et al.* Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. **Academic Medicine**, v. 84, n. 2, p. 236–241, 2009.
- GOLDENBERG, D; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Routledge, 1992.
- GONÇALVES, D. A. *et al.* Estudo Multicêntrico Brasileiro sobre Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária: Prevalência e Fatores Sociodemográficos Relacionados, **Caderno de Saúde Pública** v. 30, n. 3, 2014.
- GRANT, B. F. *et al.* Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. **Archives of General Psychiatry**, v. 61, p. 807, 2004.
- GREEN, D. E., WALKEY, F. H.; TAYLOR, A. J. W. The three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory: A multicultural, multinational confirmatory study. **Journal of Social Behavior and Personality**, v. 6, n. 3, p. 453-472, 1991.
- GROTHUES, J. *et al.* Intention to change drinking behavior in general practice patients with problematic drinking and comorbid depression or anxiety. **Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 5, p. 394-400, 2005.
- GUTHRIE, E. A. *et al.* Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. **Medical Education**, v. 29, n. 5, p. 337-341, 1995.

- GUTHRIE, E. *et al.* Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 91, n. 5, p. 237-243, 1998.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- HALL S. M.; PROCHASKA, J. J. Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 5, p. 409-431, 2009.
- HEINRICH, L.; GULLONE, E. The clinical significance of loneliness: A literature review. **Clinical Psychology Review**, 2006.
- HELMERS, K. F. *et al.* Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. **Academic Medicine**, v. 72, n. 8, p. 708-714, 1997.
- HENNINGFIELD, J. E. Pharmacotherapy for nicotine dependence. **A Cancer Journal for Clinicians**, v. 55, n. 5, p. 281-299, 2005.
- HESS, G. F. Heads and hearts: The teaching and learning environment in law school. **Journal of Legal Education**, v. 52, n. 1 e 2, p. 75-111, 2002.
- HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. Transtornos de Ansiedade. **Ed. Atheneu**, 2004.
- HIDALGO, M. P.; CAUMO, W. Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. **Neurological Sciences**, v. 23, n. 1, p. 35-39, 2002.
- INAM, S. N. B.; SAQIB, A.; ALAM, E. Prevalence of anxiety and depression among medical students of private university. **Journal of Pakistan Medical Association**, v. 53, n. 2, p. 44-47, 2003.
- IVANOVA, M. Y. *et al.*, Syndromes of self-reported psychopathology for ages 18-59 in 29 societies. **J Psychopathol Behav Assess**, n. 37, p. 171-183, 2015.
- JADOON, N. A. *et al.* Anxiety and depression among medical students: a cross-section study. **Journal of Pakistan Medical Association**, v. 60, n. 8, p. 699-702, 2010.
- JAMES, C. G. Lawyer dissatisfaction, emotional intelligence and clinical legal education. **Legal Education Review**, v. 18, n. 1 e 2, p. 123-137, 2008.
- JAMES, C. G. Seeing Things as We Are. Emotional Intelligence and Clinical Legal Education. **International Journal Clinical Legal Education**, v. 6, p. 123-149, 2005.
- JOHNSTON, L. D. *et al.* **Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2008: Volume II, College students and adults ages 19-50** (NIH Publication N° 09-7403). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2009.
- JOINER, T.E. **Why people die by suicide**. Cambridge: Harvard University Press, 2005.
- KAIGANG, L.; NOY, K.; NATTIPORN, N. The performance of the World Health Organization's WHOQOL – brief in assessing the quality of life of that college students. **Social Indicators Research**, v. 90, n. 3, p. 489-501, 2009.
- KARAM, E. G.; KYPRI, K.; SALAMOUN, M. Alcohol use among college students: na international perspective. **Curr. Opinion in Psychiatry**, v. 20, n. 3, p. 213-221, 2007.

- KARAM, E. G.; MAALOUF W. E.; GHANDOUR, L. A. Alcohol use among University students in habanon – prevalence, trends and covariates. The IDRAC University Substance Use Monitoring Study Medicina (Haunas). **Drug Alcohol Depend.** v. 76, n. 3, p. 273-86, 2004.
- KARAOGLU, N.; SEKER, M. Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical career. **The West Indian Medical Journal**, v. 59, n. 2, p. 196-202, 2010.
- KAYA, M. *et al.* Prevalence of depressive symptoms, ways of coping and related factors among medical school and health services higher education students. **Turkish Journal of Psychiatry**, v. 18, n. 2, p. 137-46, 2007.
- KESSLER, R. C. *et al.* Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. **Psychological Medicine**, v. 32, n. 6, p. 959–976, 2002.
- KILKKINEN, A. *et al.* Prevalence of psychological distress, anxiety and depression in rural communities in Australia. **Australian Journal of Rural Health**, v. 15, n. 2, p. 114-119, 2007.
- KRAUSE-PARALELLO, C. A. Loneliness in the School. **The Journal of School Nursing**, v. 24 n. 2, p. 66-70, 2008.
- KRIEGER, L. Roasting the seeds of law school stress. **Journal of College and Character**, v. 5, n. 8, 2004.
- KRIEGER, L. S.; SHELDON, K. M. What Makes Lawyers Happy: A Data-Driven Prescription to Redefine Professional Success. **George Washington Law Review**, v. 83, n. 2, p. 554, 2014.
- LARANJEIRA *et al.* **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**, p. 76, Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
- LASGAARD, M.; GOOSSENS, L.; ELKIT, A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: Cross-sectional and longitudinal analyses. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 39, n. 1, p. 137-150, 2010.
- LEBELL, S. **Epicteto a Arte de Viver**. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
- LEE, J.; GRAHAM, A. V. Student's perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. **Medical Education**, v. 35, n. 7, p. 652-659, 2001.
- LEMOS, K. M. *et al.* Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina em Salvador (BA). *Rev. Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 3, p. 118-124, 2007.
- LEVIN, J. S.; CHALTERS, L. M. Reserch on religion and theoretical issues. In: **Handbook of Religion and Mental Health**. Londres, Academic Press; p. 111-128, 1998.
- LIMA, M. C. P.; DOMINGUES M. S.; CERQUEIRA A. T. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. **Revista de Saúde Pública**. v. 40, n. 6, p. 1035-1041, 2006.
- LIMA, M. S. de Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, supl. 1, p. 01-05, 1999.

- LIPP, M. N. Conceitos Básicos. In. LIPP, M. **Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco**. São Paulo: Papyrus, p. 17–31, 1996.
- LIPP, M. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- LIPP, M. N.; TANGANELLI, M. S. Stress e qualidade de vida em magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 3, p. 537-548, 2002.
- LLOYD, C.; GARTRELL, N. K. Psychiatric symptoms in medical students. **Comprehensive Psychiatry**, v. 25, n. 6, p. 552–565, 1984.
- LOBO, T.M.; KISSLING, G.E. Mudanças nas características de estilo de vida, saúde e humor dos estudantes de Medicina calouros. **Journal of Medical Education**, v. 59, p. 806-814, 1984.
- LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.C. The global burden of disease, 1990. **Nat. Med**, v. 4, n. 11, p. 1241-3, 1998.
- LOUREIRO, E. *et al.* A relação entre o stress e os estilos de vida dos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto. **Acta Médica Portuguesa**, v. 21, p. 209-214, 2008.
- LUCENA-SANTOS, P. L.; MORAES, J. F.; OLIVEIRA, M. S. Articles Análise da Estrutura Fatorial das Escalas Síndromicas do ASR (ADULT SELF-REPORT) **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology (IJP)**, v. 48, n. 2, p. 252-264, 2014.
- LUDEMIR, A.B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3 p. 451-462, 2008.
- MADDUX, J. F.; HOPE, S. K.; COSTELLO, R. M. Psychoactive substance use among medical students. **American Journal of Psychiatry**, v. 143 n. 2 p. 187-91, 1986.
- MANNAPUR, B. *et al.* Um estudo do estresse psicológico do médico de graduação alunos da SN Medical College, Bagalkot, Karnataka. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 4, n. 4, p. 2869-2874, 2010.
- MARTENS, M. P. *et al.* Differences between actual and perceived student norms: An examination of alcohol use, drug use, and sexual behavior. **Journal of American College Health**, v. 54, n. 5, p. 295-300, 2006.
- MARTINS, L. A. N. *et al.* The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminar report. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 37, n. 10, p. 1519–1524, 2004.
- MASLASH, C. S. E.; JACKSON S. E. **Maslach Bournout Inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1986.
- MASLIĆ, D. S.; VULETIĆ, G. Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: framework for subjective health research. **Croatian Medical Journal**, v. 47, n. 1, p. 95-102, 2006.
- MEDEIROS, A. L. D. *et al.* The relationships between sleep-wake cycle and academic performance in medical students. **Biological Rhythm Research**, v. 32, n. 2, p. 263-270, 2001.

- MEHANNA, Z.; RICHA, S. Prevalence of anxiety and depressive disorders in medical students. Transversal study in medical students in the Saint-Joseph University of Beirut. **L'Encephale**, v. 32, n. 6, p. 976-982, 2005.
- MELEIRO, A. M. A. S.; ALMEIDA, A. M. de; BARTORELLI, B. O Médico com Depressão. In: FRÁGUAS JÚNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J. A. B. (Org.). **Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas**. São Paulo: Editora Atheneu, v. 1, p. 541-556, 2001.
- MELLOR, D. *et al.* Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. **Personality and Individual Differences**, v. 45, n. 3, p. 213-218, 2008.
- MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida. In: LAFER, B, *et al.* (ed.). **Depressão no Ciclo da Vida**. Porto Alegre: Artmed, p. 31–36, 2000.
- MERTZ, E. Teaching Lawyers the Language of Law: Legal and Anthropological Translations. **Jonh Marshall Law Review**, v. 34, p. 91, 2000.
- MIKOLAJCZYK, R. T. Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. **Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 105-112, 2008.
- MILLAN, L. R. *et al.* **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1999.
- MILLAN, L. R. *et al.* O que está subjacente à escolha do estudante pela profissão médica? **Clinics**, v. 60, n. 2, p. 143-150, 2005.
- MILLAN, L. R.; ARRUDA, P. C. V. de A. Assistência psicológica ao estudante de Medicina: 21 anos de experiência. **Revista da Associação Medicina Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008.
- MILLAN, L. R.; ROSSI, E.; DE MARCO O. L. N. A procura espontânea de assistência psicológica pelo estudante de Medicina. **Revista Abp-Apal**, v. 17, n. 1, p. 11-16, 1995.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MIXON, J.; SCHUWERK, R. P. The personal dimension of professional responsibility. **Law and Contemporary Problems**, v. 58, n. 3/4, p. 87-115, 1995.
- MORA-RIOS, J. M.; NATERA G. Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados em estudiantes de la ciudad de México. **Salud Pública de México**, v. 43, n. 2, p. 89-96, 2001.
- MOREIRA, W. W. **Qualidade de Vida – Complexidade e Educação**. Campinas: Papirus, 2001.
- MORO, A; VALLE, J.; LIMA, L. Sintomas depressivos nos estudantes de Medicina da Universidade da Região de Joinville. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 1, p. 97-102, 2005.
- MOWBRAY, C. T. *et al.* Campus mental health services: Recommendations for change. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 76, n. 2, p. 226–237, 2006.
- NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais autorreferidos em estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, 2007.



- NEWBURY-BIRCH, D. N.; WHITE, M.; KAMALI, F. Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 59, n. 2, p. 125-130, 2000.
- NIEMI, P. M.; VAINIOMÄKI, P. T. Medical students' distress—quality, continuity and gender differences during a six-year medical programme. **Medical Teacher**, v. 28, n. 2, p. 136-141, 2006.
- NOGUEIRA-MARTINS, L. A., *et al.* The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, 37:1.519:1.524, 2004.
- NORONHA, M. A. N.; CARVALHO, A. E. V.; CALDAS, C. A. M. Motivações e expectativas dos calouros de Medicina. **Revista Paranaense de Medicina**, v. 28, n. 1, p. 49, 2014.
- NUNES, E. V.; ROUNSAVILLE, B. J. Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) to DSM-V. **Addiction**, v. 101, Suppl. 1, p. 89-96, 2006.
- OLIVEIRA, L. G. *et al.* Consumo de drogas entre estudantes de Medicina em São Paulo, Brasil: influências de gênero e ano letivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 2, p. 227-239, 2009.
- OLIVEIRA, G. R.; STURN E. J.; SARTORATO, A. E. Compliance with common program requirements in Brazil: its effects on resident's perceptions about quality of life and the educational environment. **Academic Medicine**, v. 80, n. 1, p. 98-102, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. **Artes Médicas**, Porto Alegre, 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Prevenção do Suicídio: um manual para médicos Clínicos gerais**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Estatística de saúde do mundo de 2010**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2010.
- PAGE, R. M. *et al.* Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai adolescents. **School Psychology International**, v. 27, n. 5, p. 583-598, 2006.
- PALLAVICINI, J. G.; VENEGAS, L. R.; ROMO, O. V. Estrés en estudiantes de Medicina de la Universidad Católica de Chile. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 1, p. 23–29, 1988.
- PARO, H. B. M. de S. **Qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia**. Uberlândia; Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal de Uberlândia, 2009.
- PATEL, V. *et al.* The Lancet's series on global mental health: 1 year on. **The Lancet**, v. 372, n. 9646, p. 1354–1357, 2008.
- PAULA, J. A. *et al.* Prevalence and factors associated with depression in medical students. **Journal of Human Growth and Development**, v. 24, n. 3, 2014.

- PEDROSO, B. *et al.* Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. **Revista Faculdade de Educação Física**, Unicamo. V. 9, n. 1, p. 130-156, 2001.
- PEDROSO, B. *et al.* Qualidade de vida: uma ferramenta para o cálculo dos escores e estatística descritiva do whoqol-100. In. FRANCISCO DE, A. C. *et al.* **Qualidade de vida e criação do conhecimento**, Curitiba: Editora da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2009.
- PEKMEZOVIC, T. *et al.* Factors associated with health-related quality of life among Belgrade University students. **Quality of Life Research**, v. 20, n. 3, p. 391-397, 2011.
- PEREIRA, A. G.; CARDOSO, F. dos S. Ideação Suicida na População Universitária: Uma Revisão de Literatura. **Revista E-Psi**, v. 5, n. 2, p. 16-34, 2015.
- PEREIRA, M. O. **Análise da política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas**. 278 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- PETERSON, T. D.; PETERSON, E. W. Stemoning the tide of law Student depression: what Law Schools need to learn from the Science of positive Psychology. **Yale Journal of Health Policy, Law and Etichs**, v. 9, n. 2, 2009.
- PEUKER, A. C.; FOGACA, J.; BIZARRO, L. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 193-200, 2006.
- PHILPART, M. *et al.* Prevalence and risk factors of gender-based violence committed by male college students in Awassa, Ethiopia. **Violence and Victms**, v. 24, n. 1, p. 122-136, 2009.
- PILLON, S. C.; O'BRIAN B; CHAVES, K. A. P. The relationship between drug use and risk behaviors in Brazilian University students. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. spe.2, p. 169-176, 2005.
- PINTON, F. A.; BOSKOVITZ E. P.; CABRERA, E. M. S. Uso de drogas entre os estudantes de Medicina da faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12 n. 2, p. 91-6, 2002.
- POLO, A.; HERNÁNDEZ, J. M.; POZO, C. Evaluación del estrés académico en estudiantes universitários: **Ansiedade y Estrés**, v. 2, n. 2-3, p. 159-172, 1996.
- PORCU, M.; FRITZEN, C. V.; HELBER, C. Sintomas depressivos nos estudantes de Medicina da Universidade Federal de Maringá. **Psiquiatria na Prática Médica**, v. 34, n. 1, p. 2-6, 2001.
- PRINCE, M. *et al.* No health without mental health. **The Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 859-877, 2007.
- QUINTANA, A. M.; ARPINI, D. M. A atitude diante da morte e seu efeito no profissional de saúde: uma lacuna da formação? **Psicologia Argumento**, v. 19, n. 30, p. 45-50, 2002.
- QUINTANA, A. M., *et al.* Humanização e estresse na formação médica. **Revista AMRIGS**, v. 48, n. 1, p. 27-31, 2004.
- RAMIREZ, A. J. *et al.* Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. **The Lancet**, v. 347, n. 9003, p. 724-728, 1996.

- RAMIREZ, M. T. G.; HERNANDEZ, R. L.; GARCIA-CAMPAYO, J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicossomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 2, p. 141-145, 2009.
- RAMOS-CERQUEIRA, A. T. de A. R.; LIMA, M. C. P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, p. 107–116, 2002.
- RAUE, P. J. *et al.* Does every allusion to possible suicide require the same response? **The Journal of family practice**, v. 55, n. 7, p. 605-612, 2006.
- REGO, S.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Humano demasiado humano: bioética e humanização como temas transversais na educação médica. **Cadernos da ABEM**, v. 3, p. 24-36, 2007.
- REHM, J. *et al.* Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **The Lancet**, v. 373, n. 9682, p. 2223-2233, 2009.
- RESCORLA, L. Rating Scale Systems for Assessing Psychopathology: The Achenbach System Empirically Based Assessment (ASEBA) and the Behavior Assessment System for children-2 (BASC-2). Chapter In: MATSON, J. L.; ANDRASIK, F.; MATSON, M. L. (Ed.). **Assessing childhood psychopathology and developmental disabilities**: Springer, 2008.
- ROBERTO, A. **A saúde mental dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior**. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade da Beira Interior, Portugal, 2009.
- ROBERTS, J. Junior doctors' years: training, not education. **British Medical Journal**, v. 302, n. 6770, p. 225-228, 1991.
- ROBERTS, L. W. *et al.* Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1.027 students at nine medical schools. **Comprehensive Psychiatry**, v. 42, n. 1, p. 1–15, 2001.
- ROSAL, M. C. *et al.* A longitudinal study of student's depression at one medical school. **Academic Medicine**, v. 72, n. 6, p. 542-6, 1997.
- ROSENTHAL, J. M.; OKIE, S. White coat, mood indigo—depression in medical school. **New England journal of medicine**, v. 353, n. 11, p. 1085-1088, 2005.
- ROSVOLD, E. O.; BJERTNESS, E. Os médicos que não têm licença médica: heróis perigosos? **Scand. J. Saúde Pública**, v. 29, p. 71–75, 2001.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatri**. Baltimore: Ed.Lippincott Williams & Wilkins, 8ª ed., 1998, p. 525.
- SAIPANISH, R. Stress among medical students in a Thai medical school. **Medical Teacher**, v. 25, n. 5, p. 502–506, 2003.
- SALMONS, P. H. Psychiatric illness in medical students. **The British Journal of Psychiatry**, v. 143, n. 5, p. 505-508, 1983.
- SANTANA, S. M.; NEGREIRO, J. Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. **Revista de Toxicodependências**, v. 14, n. 1, p. 17–24, 2008.

SAUPE, R. *et al.*, Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 636-642, 2004.

SCHAUFELI, W.; BUUNK, B. P. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In: SCHABRACQ, M. J.; WINNUBST, J. A. M.; COOPER, C. L. (Ed.). **The handbook of work and health psychology**. England: Wiley, 2003.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da Medicina no Brasil. **Revista de Bioética**, v. 21, n. 2, p. 268-277, 2013.

SELLS, C. W.; BLUM, R. W. Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends. **American Journal of Public Health**, v. 86, n. 44, p. 513-519, 1996.

SHANFIELD, S. B.; BENJAMIN, G. A. H. Psychiatric distress in law students. **Journal of Legal Education**, v. 35, n. 1, p. 65-75, 1985.

SHERINA, M. S.; RAMPAL, L.; KANESON, N. Psychological stress among undergraduate medical students. **Medical Journal of Malaysia**, v. 59, n. 2, p. 207-211, 2004.

SILVA, L. V. E. R. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 280-288, 2006.

SILVARES, E. F. M. **Estudo de validação multicultural do “Inventário de Auto-Avaliação para Adultos” (ASR) e do “Inventário para Adultos entre 18 e 59 anos” (ABCL): dados preliminares**. [Tese] Universidade de São Paulo 2011.

SIRICHOTIRATANA, N. *et al.* Prevalence of smoking and other smoking-related behaviors reported by the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Thailand. **BMC Public Health**, v. 3, n. 1, p. 15, 2008.

SISTO, F. F. *et al.* Condutas Agressivas e gênero: Uma questão de estilo de agressividade. In: M. C. R. A. JOLY, A. A. SANTOS & F. F. SISTO. **Questões do cotidiano universitário**. P. 141-158, São Paulo, SP: **Casa do Psicólogo**.

SOBRAL, D. T. Desenvolvimento e uso de medida do trabalho em grupo na aprendizagem cooperativa: medida do trabalho em grupo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 21, n. 2-3, p. 7-12, 1997.

SOONPAA, N. J. Stress in Law Students: A Comparative Study of First-Year, Second-Year, and Third-Year Students. **Connecticut Law Review**, v. 36, p. 353, 2004.

SREERAMAREDDY, C. T. *et al.* Morbilidade psicológica, as fontes de estresse e enfrentamento estratégias entre estudantes de Medicina do Nepal. **BMC Edu. Med.**, v. 7, p. 26, 2007.

STALLMAN, H. A qualitative evaluation of perceptions of the role of competition in the success and distress of law students. **Higher Education Research & Development**, v. 31, n. 6, p. 891-904, 2012.

STEMPLIUK, V. A. *et al.* Estudo comparativo entre 1996 e 2001 do uso de drogas por alunos da graduação da Universidade de São Paulo: Campus São Paulo. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 27, n. 3, p. 185-193, 2005.

STENGEL, E. **Suicídio e Tentativa de Suicídio**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1980.

- STURN, S.; GUINIER, L. The law school matrix: Reforming legal education in a culture of competition and conformity. **Vanderbilt Law Review**, v. 60, n. 2, p. 515–547, 2007.
- STYLES, W. M. Stress in undergraduate medical education: the mask of relaxed brilliance. **The British Journal of General Practice**, v. 43, n. 367, p. 46–47, 1993.
- SUPE, A. N. A study of stress in medical students at Seth GS Medical College. **Journal of postgraduate medicine**, v. 44, n. 1, p. 1, 1998.
- THOMAS, M. R. *et al.* How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 22, n. 2, p. 177-183, 2007.
- TÓFOLI, L. F. F. Transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas físicos sem explicação. In: LOPES, A. C. (ORG.). **Tratado de Clínica Médica**. São Paulo: Roca, p. 2507, 2006.
- TOSEVSKI, D. L.; MILOVANCEVIC M. P.; GAJIC S. D. Personality and psychopathology of university students. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 48-52, 2010.
- TYSSEN, R. *et al.* Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. **Journal of Affective Disorders**, v. 64, n. 1, p. 69-79, 2001.
- TYSSEN, R. *et al.* Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 39, n. 12, p. 989-993, 2004.
- TYSSEN, R. *et al.* The relative importance of individual and organizational factors for the prevention of job stress during internship: a nationwide and prospective study. **Medical Teacher**, v. 27, n. 8, p. 726-731, 2005.
- UNODC – **United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention**. World Drug Report; 2008.
- UNODC – **United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention**. World Drug Report; 2009.
- VAEZ, M. KRISTENSON, M. LAFLAMME, L. Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students. **Social Indicators Research**, v. 68, n. 2, p. 221-234, 2004.
- VÁZQUEZ, F. L.; BLANCO, V. Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. **Journal of American College Health**, v. 57, n. 2, p. 165-171, 2008.
- VIEIRA, K. F. L. **Depressão e Suicídio: Uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico**. Dissertação de mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, 2008.
- VOLCAN, S. M. *et al.* Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores, estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.
- WAGNER, G. A. *et al.* Alcohol and drug use among university students: gender differences. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 2, p. 123-129, 2007.

- WANG, Y. P. *et al.* Symptomatic expression of depression among Jewish adolescents: effects of gender and age. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, n. 1, p. 79-86, 2009.
- WARE, J. E. Jr.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 – item short-form health survey (SF-36. I. conceptual framework and item selection). **Med Care**, v. 30, n. 6, 473-83, 1992.
- WARE, J. E. Jr. *et al.* Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. **Medical Care**, v. 33, n. 4, p. AS264-AS279, 1995.
- WECHSLER *et al.* Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993–2001. **Journal of American college health**, v. 50, n. 5, p. 203-217, 2002.
- WHOQOL GROUP *et al.* Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.
- WILLCOCK, S. M. *et al.* Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. **Medical Journal of Australia**, v. 181, n. 7, p. 357-360, 2004.
- WOLF, T. M. Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. **Medical Education**, v. 28, n. 1, p. 8-17, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Geneva, 1946.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: **A resource for primary health care workers**. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/59.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf)>. Acesso em: 25 mar 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Protection from exposure to second-hand tobacco smoke**: Policy recommendations. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who\\_protection\\_exposure\\_final\\_25June2007.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf)>. Acesso em ago. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Report 2001. **Mental Health: New Understanding, New Hope**. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2001/en/>>. Acesso em: 27 jul. 2015.
- WRIGHT, S. M.; CARRESE, J. A. Which values do attending physicians try to pass on to house officers? **Medical Education**, v. 35, n. 10, p. 941-945, 2001.
- ZALESK, M. *et al.* Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p. 142-148, 2006.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA OS ESTUDANTES

#### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:** Avaliação da Incidência de Transtornos Mentais – TM e a Qualidade de Vida em uma População de Adolescentes e/ou Adultos Jovens Estudantes do Curso de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná – UFPR

**Investigador:** Sandra Regina Baggio Muzzolon

**Local da Pesquisa:** Universidade Federal do Paraná - UFPR

**Endereço e telefone:** Rua Petit Carneiro, 1083, ap 401, Água Verde, Curitiba – PR, CEP 80.240-050, fones 3022-6646 e 3335-4547

#### PROPÓSITO DA INFORMAÇÃO AO ESTUDANTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde e Psicólogo do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção e, concordando com todas as condições, assinie no local indicado e o devolva ao Pesquisador.

A finalidade deste documento é informá-lo sobre as condições em que a pesquisa será desenvolvida e também obter a sua permissão formal para participar como parte do grupo de estudo, bem como receber os resultados da avaliação feita pelo Pesquisador.

#### INTRODUÇÃO

A detecção e a intervenção precoces de Transtornos Mentais melhoram substancialmente o prognóstico e o desenvolvimento emocional do adolescente e/ou adulto jovem.

#### PROPÓSITOS DO ESTUDO

Estudar a eventual ocorrência dos principais Transtornos Mentais e a sua influência na Qualidade de Vida de estudantes do 1º ao 6º ano do Curso de Medicina e do 1º ao 5º ano do Curso de Direito, ambos da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

#### SELEÇÃO

Serão incluídos no estudo os estudantes do curso de Medicina e Direito da Universidade Federal do Paraná – UFPR acima referidos que:

- tenham optado livremente por colaborar com a pesquisa;
- que venham a responder aos questionários, instrumentos de avaliação, padronizados e considerados capazes na identificação desses problemas, Adult Self Report - ASR, Avaliação da Qualidade de Vida; WHOQOL – 100 e participar de Entrevista Clínica Individual.

Serão excluídos da seleção os estudantes que não concordarem em participar do estudo e que não responderem cinco ou mais questões propostas pelos instrumentos de avaliação.

### **PROCEDIMENTOS**

Preenchimento do caderno de respostas contendo dados demográficos, perfil de idade e sexo e dos instrumentos de avaliação Adult Self Report – ASR e Avaliação da Qualidade de Vida– WHOQOL – 100, fornecido pelo Pesquisador.

Transposição dos resultados obtidos pelo Pesquisador para um banco de dados e avaliação desses resultados, dentro dos critérios estabelecidos pelo instrumento de avaliação.

Todos os estudantes que venham participar receberão os resultados individualmente, seguido de uma breve análise do Pesquisador. Aquele que obtiver pontuação Positivo-Clinico ou Limítrofe, será convidado a participar de uma Entrevista Clínica realizada somente pelo próprio Pesquisador. Tendo sido avaliada a necessidade, pelo Pesquisador ou pelo Estudante, este será orientado a procurar um Serviço de Saúde Mental de sua escolha ou encaminhado para o Ambulatório de Psiquiatria e/ou Psicologia, ambos situados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPr.

### **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar no estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento devendo, neste caso, comunicar formalmente o Pesquisador esta decisão.

### **PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS**

O Pesquisador responsável pelo estudo irá coletar informações suas. Em todos esses registros um código substituirá seu nome, garantindo o sigilo. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial, em instalações sob controle da Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, aos quais somente o Pesquisador terá acesso.

Na hipótese de falecimento ou invalidez por Doença do Pesquisador o acesso ao local e às informações seria feito pelo Coordenador da Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas, que terá sob sua responsabilidade uma cópia da chave, que estará lacrada. Este teria acesso ao material e os destruiria sem ter acesso à leitura deste.

Os instrumentos serão destruídos tão logo sejam digitados em planilha eletrônica. Nesta planilha não constará qualquer referência à identidade do estudante.

Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo. Os dados também poderão ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado, sem que a identidade de qualquer estudante participante venha se revelada, em qualquer circunstância.

### **CONTATO PARA DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS**

Se você tiver alguma dúvida com relação ao estudo, você deve contatar o Pesquisador do estudo, Sandra Regina Baggio Muzzolon, fone 41 3022-6646 e/ou 3335-4547.

Se tiver dúvida sobre seus direitos como um Voluntário de Pesquisa poderá obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP), do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 41 3360-1896. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realiza a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa, de forma a mantê-lo seguro e proteger os seus direitos.



**TERMO DE CONSENTIMENTO DO ESTUDANTE**

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento.

Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão.

Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste Termo de Consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

---

NOME DO ESTUDANTE	ASSINATURA	DATA
-------------------	------------	------

---

NOME DO INVESTIGADOR (Pessoa que aplicou o TCLE)	ASSINATURA	DATA
---	------------	------

## APÊNDICE 2 – TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:** Avaliação da Incidência de Transtornos Mentais – TM e a Qualidade de Vida em uma População de Adolescentes e/ou Adultos Jovens Estudantes do Curso de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná – UFPr

**Investigador:** Sandra Regina Baggio Muzzolon

**Local da Pesquisa:** Universidade Federal do Paraná - UFPr

**Endereço e telefone:** Rua Petit Carneiro, 1083, ap 401, Água Verde, Curitiba – PR, CEP 80.240-050, fones 3022-6646 e 3335-4547

### PROPÓSITO DA INFORMAÇÃO AO ESTUDANTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde, Psicólogo do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção e, concordando com todas as condições, assine no local indicado e o devolva ao Pesquisador.

A finalidade deste documento é informá-lo sobre as condições em que a pesquisa será desenvolvida e também obter a sua permissão formal e a de seus pais/responsáveis para participar como parte do grupo de estudo, bem como receber os resultados da avaliação feita pelo Pesquisador.

### INTRODUÇÃO

A detecção e a intervenção precoces de Transtornos Mentais melhoram substancialmente o prognóstico e o desenvolvimento emocional do adolescente e/ou adulto jovem.

### PROPÓSITOS DO ESTUDO

Estudar a eventual ocorrência dos principais Transtornos Mentais e a sua influência na Qualidade de Vida de estudantes do 1º ao 6º ano do Curso de Medicina e do 1º ao 5º ano do Curso de Direito, ambos da Universidade Federal do Paraná – UFPr.

### SELEÇÃO

Serão incluídos no estudo os estudantes do curso de Medicina e Direito da Universidade Federal do Paraná – UFPr acima referidos que:

- tenham optado livremente por colaborar com a pesquisa;
- tenham, para menores de 18 anos, a autorização dos pais e/ou responsáveis para tanto e;
- que venham a responder aos questionários, instrumentos de avaliação, padronizados e considerados capazes na identificação desses problemas, Adult Self Report - ASR, Avaliação da Qualidade de Vida; WHOQOL – 100 e participar de Entrevista Clínica Individual.

Serão excluídos da seleção os estudantes que não concordarem em participar do estudo e/ou não tiverem autorização dos pais para responder os instrumentos de avaliação e/ou que não responderem cinco ou mais questões propostas pelos instrumentos de avaliação.

### **PROCEDIMENTOS**

Preenchimento do caderno de respostas contendo dados demográficos, perfil de idade e sexo e dos instrumentos de avaliação Adult Self Report – ASR e Avaliação da Qualidade de Vida– WHOQOL – 100, fornecido pelo Pesquisador.

Transposição dos resultados obtidos pelo Pesquisador para um banco de dados e avaliação desses resultados, dentro dos critérios estabelecidos pelo instrumento de avaliação.

Todos os estudantes que venham participar receberão os resultados individualmente, seguido de uma breve análise do Pesquisador. Aquele que obtiver pontuação Positivo-Clinico ou Limítrofe, será convidado a participar de uma Entrevista Clínica realizada somente pelo próprio Pesquisador. Tendo sido avaliada a necessidade, pelo Pesquisador ou pelo Estudante, este será orientado a procurar um Serviço de Saúde Mental de sua escolha ou encaminhado para o Ambulatório de Psiquiatria e/ou Psicologia, ambos situados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPr.

### **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você e/ou seus pais e/ou responsáveis poderão decidir não participar no estudo. Uma vez que vocês decidiram participar do estudo, vocês podem retirar seus consentimentos e participação a qualquer momento devendo, neste caso, comunicar formalmente o Pesquisador esta decisão.

### **PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS**

O Pesquisador responsável pelo estudo irá coletar informações suas. Em todos esses registros um código substituirá seu nome, garantindo o sigilo. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial, em instalações sob controle da Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, aos quais somente o Pesquisador terá acesso.

Na hipótese de falecimento ou invalidez por Doença do Pesquisador o acesso ao local e às informações seria feito pelo Coordenador da Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas, que terá sob sua responsabilidade uma cópia da chave, que estará lacrada. Este teria acesso ao material e os destruiria sem ter acesso à leitura deste.

Os instrumentos serão destruídos tão logo sejam digitados em planilha eletrônica. Nesta planilha não constará qualquer referência à identidade do estudante.

Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo. Os dados também poderão ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado, sem que a identidade de qualquer estudante participante venha se revelada, em qualquer circunstância.

### **CONTATO PARA DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS**

Se você tiver alguma dúvida com relação ao estudo, você deve contatar o Pesquisador do estudo, Sandra Regina Baggio Muzzolon, fone 41 3022-6646 e/ou 3335-4547.

Se tiver dúvida sobre seus direitos como um Voluntário de Pesquisa poderá obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP), do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 41 3360-1896. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realiza a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa, de forma a mantê-lo seguro e proteger os seus direitos.

**TERMO DE CONSENTIMENTO DO ESTUDANTE**

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento.

Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão.

Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste Termo de Consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

---

NOME DO ESTUDANTE	ASSINATURA	DATA
-------------------	------------	------

---

NOME DO INVESTIGADOR (Pessoa que aplicou o TCLE)	ASSINATURA	DATA
---	------------	------

## APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:** Avaliação da Incidência de Transtornos Mentais – TM e a Qualidade de Vida em uma População de Adolescentes e/ou Adultos Jovens Estudantes do Curso de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná – UFPr

**Investigador:** Sandra Regina Baggio Muzzolon

**Local da Pesquisa:** Universidade Federal do Paraná - UFPr

**Endereço e telefone:** Rua Petit Carneiro, 1083, ap 401, Água Verde, Curitiba – PR, CEP 80.240-050, fones 41 3022-6646 e/ou 3335-4547

### PROPÓSITO DA INFORMAÇÃO AO ESTUDANTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

Seu filho(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional Psicólogo do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Pesquisador. Para que ele possa participar, é necessário que o Senhor(a) leia este documento com atenção e, concordando com todas as condições, assine no local indicado e o devolva através de seu filho(a).

A finalidade deste documento é informar os pais e/ou responsáveis do estudante sobre as condições em que a pesquisa será desenvolvida e também obter a sua permissão formal para que seu filho possa participar como parte do grupo de estudo, bem como receber os resultados da avaliação feita pelo Pesquisador.

### INTRODUÇÃO

A detecção e a intervenção precoces de Transtornos Mentais melhoram substancialmente o prognóstico e o desenvolvimento emocional do adolescente e/ou adulto jovem.

### PROPÓSITOS DO ESTUDO

Estudar a ocorrência dos principais Transtornos Mentais e a sua influência na Qualidade de Vida de estudantes do 1º ao 6º ano do Curso de Medicina e do 1º ao 5º ano do Curso de Direito, ambos da Universidade Federal do Paraná – UFPr.

### SELEÇÃO

Serão incluídos no estudo os estudantes do curso de Medicina e Direito da Universidade Federal do Paraná – UFPr acima referidos que:

- tenham optado livremente por colaborar com a pesquisa;
- tenham, para menores de 18 anos, a autorização dos pais e/ou responsáveis para tanto e;
- que venham a responder aos questionários, instrumentos de avaliação, padronizados e considerados capazes na identificação desses problemas, Adult Self Report - ASR, Avaliação da Qualidade de Vida; WHOQOL – 100 e participar de Entrevista Clínica Individual.

Serão excluídos da seleção os estudantes que não concordarem em participar do estudo e/ou não tiverem autorização dos pais para responder os instrumentos de avaliação e/ou que não responderem cinco ou mais questões propostas pelos instrumentos de avaliação.

### **PROCEDIMENTOS**

Preenchimento, pelos estudantes, do caderno de respostas contendo dados demográficos, perfil de idade e sexo e dos instrumentos de avaliação Adult Self Report – ASR e Avaliação da Qualidade de Vida–WHOQOL – 100, fornecidos pelo Pesquisador.

Transposição dos resultados obtidos pelo Pesquisador para um banco de dados e avaliação desses resultados, dentro dos critérios estabelecidos pelo instrumento de avaliação.

Todos os estudantes que venham participar receberão os resultados individualmente, seguido de uma breve análise do Pesquisador. Aquele que obtiver pontuação Positivo-Clínico ou Limítrofe, será convidado a participar de uma Entrevista Clínica realizada somente pelo próprio Investigador. Tendo sido avaliada a necessidade, pelo Pesquisador ou pelo Estudante, este será orientado a procurar um Serviço de Saúde Mental de sua escolha ou encaminhado para o Ambulatório de Psiquiatria e/ou Psicologia, ambos situados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPr.

### **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

A autorização dos pais e/ou responsáveis dará permissão para que o estudante participe deste estudo de forma voluntária. Os pais/responsáveis podem livremente decidir pela não autorização da participação do estudante no Grupo de Estudo. Mesmo que os pais/responsáveis optem por autorizar a participação do estudo, estes poderão, a qualquer momento, retirar seu consentimento, devendo comunicar formalmente o Pesquisador esta decisão.

Após a Entrevista Clínica, os estudantes que concordarem com o atendimento serão encaminhados ao Setor de Psiquiatria e/ou Psicologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

### **PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS**

O Pesquisador responsável pelo estudo irá coletar informações sobre seu filho. Em todos esses registros um código substituirá o nome do estudante, garantindo o sigilo. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial, em instalações sob controle da Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, aos quais somente o Pesquisador terá acesso.

Na hipótese de falecimento ou invalidez por Doença do Pesquisador o acesso ao local e às informações seria feito pelo coordenador do curso de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas, que terá sob sua responsabilidade uma cópia da chave, que estará lacrada. Este destruirá todo o material sem ter acesso a leitura deste.

Os instrumentos serão destruídos tão logo sejam digitados em planilha eletrônica. Nesta planilha não constará qualquer referência à identidade do estudante.

Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo. Os dados também poderão ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado, sem que a identidade de qualquer estudante participante venha se revelada, em qualquer circunstância.

### **CONTATO PARA DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS**

Os pais e/ou responsáveis que venham ter dúvidas com relação aos procedimentos descritos neste documento estudo poderão contatar o Pesquisador do estudo, Psicóloga Sandra Regina Baggio Muzzolon, através dos fones 41 3022-6646 e/ou 3335-4547.

Se tiver dúvida sobre seus direitos como um Voluntário de Pesquisa poderá obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP), do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 41 3360-1896. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realiza a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa, de forma a mantê-lo seguro e proteger os seus direitos.

**TERMO DE CONSENTIMENTO DO PAI E/OU RESPONSÁVEL PELO ESTUDANTE**

Eu li este documento e entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper a participação do meu filho na Pesquisa, a qualquer momento, sem apresentar uma razão.

Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste Termo de Consentimento.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

---

NOME DO PAI E/OU RESPONSÁVEL	ASSINATURA	DATA
------------------------------	------------	------

---

NOME DO INVESTIGADOR (Pessoa que aplicou o TCLE)	ASSINATURA	DATA
---	------------	------

## ANEXOS

## ANEXO 1 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS – ADULT SELF REPORT (ASR)

Adult Self-Report For Ages 18-59 years – ASR		
RESERVADO		
ID: _____		
Nome completo	<b>TIPO DE TRABALHO, mesmo que você não esteja trabalhando no momento.</b> Por favor, seja específico, como por exemplo: mecânico de automóveis, professora do 2º grau, dona de casa, estudante (indique o que está estudando e que título pretende obter): Seu trabalho: _____ Trabalho do esposo (a) ou companheiro (a): _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Tel: _____ E-mail: _____		
Idade _____		
Raça ou etnia _____		
Data de hoje _____		
Data de nascimento _____		
Escolaridade <input type="checkbox"/> Nenhuma escolaridade ou 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo		
<input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto <input type="checkbox"/> 3º grau completo		
<input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Outra (especifique): _____		
Por favor, responda este formulário de acordo com a sua visão, mesmo que outras pessoas possam não concordar. Você não precisa gastar muito tempo com nenhum item. Esteja à vontade para escrever quaisquer comentários adicionais. <b>Certifique-se de responder todos os itens.</b>		
<b>I. AMIGOS</b>		
A. Quantos amigos próximos você tem? (Não incluir pessoas da família)		
<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais		
B. Aproximadamente, quantas vezes por mês você tem contato com qualquer amigo próximo? (Incluir contatos pessoais, telefonemas, cartas, e-mails)		
<input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais		
C. Até que ponto você se dá bem com amigos próximos?		
<input type="checkbox"/> Não se dá bem <input type="checkbox"/> Na média <input type="checkbox"/> Acima da média <input type="checkbox"/> Bem acima da média		
D. Aproximadamente, quantas vezes por mês você é visitado por amigos ou familiares?		
<input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais		
<b>II. ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A)</b>		
Qual é o seu estado civil?		
<input type="checkbox"/> Nunca foi casado <input type="checkbox"/> Casado, mas separado do esposo(a) ou companheiro(a)		
<input type="checkbox"/> Casado e vivendo com o esposo(a) ou companheiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)		
<input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Outro (descreva): _____		
Em algum momento, nos últimos seis meses, você viveu com um(a) esposo(a) ou companheiro(a)?		
<input type="checkbox"/> Não (Pule os demais itens e vá para a página 2)		
<input type="checkbox"/> Sim (Assinale 0, 1 ou 2, ao lado das afirmações A-H para descrever o seu relacionamento nos últimos seis meses)		
0 = Não é verdadeira (tanto quanto se sabe)	1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira	2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	A. Eu me dou bem com meu esposo(a) ou companheiro(a)	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	B. Eu e meu esposo(a) ou companheiro(a) temos dificuldades para dividir as responsabilidades	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	C. Eu me sinto satisfeito (a) com meu esposo(a) ou companheiro(a)	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	D. Eu e meu companheiro(a) gostamos das mesmas atividades	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	E. Eu e meu companheiro(a) discordamos quanto à administração do lar, tal como: onde morar, etc.	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	F. Eu tenho problemas com a família do meu esposo(a) ou companheiro(a)	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	G. Gosto dos amigos do meu esposo(a) ou companheiro(a)	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	H. O comportamento do esposo(a) ou companheiro(a) me incomoda	

Copyright 2003 T.Achenbach. ASEBA, University of Vermont, 1 South Prospect St. Burlington, VT 05401-3456  
 Por favor, certifique-se de que respondeu todos os itens.



III. FAMÍLIA – em comparação com outras pessoas, como:		Pior que a média	Na média	Melhor que a média	Não tenho contato
A. Você se relaciona com seus irmãos	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Você se relaciona com suas irmãs	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Você se relaciona com sua mãe	<input type="checkbox"/> Mãe falecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Você se relaciona com seu pai	<input type="checkbox"/> Pai falecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Você se relaciona com seus filhos biológicos ou adotados	<input type="checkbox"/> Não tenho filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Filho mais velho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segundo filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terceiro filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outro	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Você se relaciona com seu(s) enteado(s)	<input type="checkbox"/> Não tenho enteado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. TRABALHO: Em algum momento, nos últimos seis meses, você exerceu uma função remunerada (inclusive trabalha por conta própria ou prestou serviço militar)?

Não (Vá para a Seção V)

Sim - Por favor, descreva seu(s) trabalho(s):

(Se marcou "Sim", assinale 0, 1 ou 2, ao lado das afirmações de A a I, abaixo, para descrever sua experiência de trabalho nos últimos 6 meses)

0 = Não é verdadeira (tanto quanto se sabe)	1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira	2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		A. Trabalho bem com os outros
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		B. Tenho dificuldade para me relacionar com meu chefe
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		C. Faço bem o meu trabalho
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		D. Tenho dificuldade para terminar meu trabalho
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		E. Estou satisfeito(a) com minha situação profissional
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		F. Faço coisas que podem causar a perda do meu emprego
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		G. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou em férias
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		H. Meu trabalho é muito estressante para mim
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		I. Eu me preocupo muito com o meu trabalho

V. ESTUDO: Em algum momento, nos últimos seis meses, você frequentou alguma escola, universidade ou qualquer outro programa educacional ou de treinamento?

Não (Vá para a Seção VI)

Sim - Que tipo de escola ou programa?

Que tipo de diploma ou certificado você vai obter?

Qual área?

Quando você espera obter seu diploma ou certificado?

Circule 0, 1 ou 2 ao lado dos itens A-E para descrever a sua experiência de estudos nos últimos seis meses:

0 = Não é verdadeira (tanto quanto se sabe)	1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira	2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		A. Eu me dou bem com outros estudantes
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		B. Eu alcanço o que está dentro de minha capacidade
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		C. Tenho dificuldade para terminar minhas tarefas
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		D. Estou satisfeito com minha situação educacional
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		E. Faço coisas que podem fazer com que eu seja reprovado(a) nos estudos

Por favor, certifique-se de que respondeu todos os itens.

VI. Você tem alguma doença, deficiência ou inaptidão?

- Não  
 Sim – Por favor, descreva:

VII – Descreva suas preocupações ou angústias sobre sua família, trabalho, educação e outras coisas:

- Não tenho preocupações  
 Minhas preocupações são:

VIII – Descreva seus aspectos mais positivos:

IX. A lista abaixo contém itens que descrevem características de pessoas. Para cada item, circule 0, 1 ou 2 para descrever você **nos últimos 06 (seis) meses**. Responda da melhor forma possível, mesmo que alguns deles possam não se aplicar a você:

0 = Não é verdadeira (tanto quanto se sabe)	1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira	2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. Sou muito esquecido(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	2. Sei aproveitar minhas oportunidades	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	3. Discuto muito	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	4. Eu aperfeiço as habilidades que possuo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	5. Culpo outros por meus próprios problemas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	6. Uso drogas (que não álcool ou nicotina) sem fins medicinais – descreva:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	7. Sou convencido(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	8. Tenho dificuldade para me concentrar ou prestar atenção por muito tempo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	9. Não consigo tirar certos pensamentos da cabeça, obsessões (descreva):	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	10. Tenho dificuldade para parar sentado(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	11. Sou muito dependente dos outros	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	12. Eu me sinto sozinho(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	13. Fico confuso(a) ou desorientado(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
		14. Choro muito
		15. Sou bastante honesto(a)
		16. Sou malvado(a) com os outros
		17. Sonho muito acordado(a)
		18. Eu me machuco de propósito ou tento suicídio
		19. Tento chamar muita atenção
		20. Estrago ou destruo as minhas coisas
		21. Estrago ou destruo as coisas que pertencem a outras pessoas
		22. Preocupo-me com meu futuro
		23. Desrespeito as regras no trabalho ou em outros lugares
		24. Não me alimento tão bem como deveria
		25. Não me dou bem com outras pessoas
		26. Não me sinto culpado(a) depois de fazer algo que não deveria

Por favor, certifique-se de que respondeu todos os itens.

<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	27. Sinto ciúmes dos outros	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	54. Sinto-me cansado(a) sem motivo
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	28. Eu me dou mal com minha família	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	55. Meu humor oscila entre excitação e depressão
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	29. Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares (descreva):		56. Tenho problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	30. Minhas relações com o sexo oposto são insatisfatórias	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	a. Dores (exceto de cabeça e de estômago)
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	31. Tenho medo de que eu possa pensar ou fazer alguma coisa má	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	b. Dores de cabeça
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	32. Acho que tenho que ser perfeito(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	c. Enjôo
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	33. Acho que ninguém gosta de mim	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	d. Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) descreva:
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	34. Acho que os outros me perseguem	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	e. Assaduras ou outros problemas de pele
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	35. Sinto-me sem valor ou inferior aos outros	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	f. Dores de estômago
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	36. Eu me machuco acidentalmente com frequência	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	g. Vômitos
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	37. Eu me meto em muitas brigas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	h. Coração disparado ou batendo forte
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	38. Minhas relações com os vizinhos são insatisfatórias	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	i. Partes do corpo entorpecidas ou com dormência
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	39. Ando com pessoas que se metem em encrencas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	57. Agrido fisicamente outras pessoas
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	40. Escuto sons ou vozes que as outras pessoas acham que não existem (descreva):	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	58. Cutuco a pele ou outras partes do corpo. Descreva:
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	41. Sou impulsivo(a) ou ajo sem pensar	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	59. Deixo incompletas as coisas que deveria fazer
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	42. Prefiro estar sozinho(a) a ficar em companhia de outros	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	60. Poucas coisas me dão prazer
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	43. Minto ou engano aos outros	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	61. Meu desempenho no trabalho é insatisfatório
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	44. Sinto-me sobrecarregado(a) com minhas responsabilidades	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	62. Sou desastrado(a) ou tenho falta de coordenação
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	45. Sou nervoso(a) ou tenso(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	63. Prefiro estar com pessoas mais velhas a estar com pessoas da mesma idade
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	46. Partes do meu corpo apresentam tremores ou movimentos nervosos (descreva):	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	64. Tenho dificuldades em estabelecer prioridades
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	47. Falta-me confiança em mim mesmo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	65. Recuso-me a falar
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	48. As outras pessoas não gostam de mim	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	66. Repito as mesmas ações várias vezes seguidas; compulsões (descreva):
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	49. Posso fazer certas coisas melhor do que outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	67. Tenho dificuldade para fazer ou manter amigos
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	50. Sou muito medroso(a) ou ansioso(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	68. Grito muito
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	51. Sinto tontura ou zonzeira	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	69. Sou reservado(a), guardo as coisas para mim mesmo(a)
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	52. Sinto-me muito culpado(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	70. Vejo coisas que outras pessoas acham que não existem (descreva):
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	53. Tenho dificuldade em fazer planos para o futuro	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	71. Fico pouco à vontade ou facilmente envergonhado(a)

Por favor, certifique-se de que respondeu todos os itens.

<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	72. Preocupo-me com a minha família	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	100. Tenho problemas com o sono (descreva):
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	73. Cumpro minhas responsabilidades para com a minha família	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	101. Falto ao trabalho, mesmo quando não estou doente ou em férias
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	74. Gosto de me exibir ou fazer palhaçadas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	102. Tenho falta de energia
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	75. Sou muito acanhado(a) ou tímido(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	76. Comporto-me de maneira irresponsável	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	104. Sou mais barulhento(a) que os outros
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	77. Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou à noite (descreva):	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	105. As pessoas acham que sou desorganizado(a)
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	78. Tenho dificuldade para tomar decisões	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	106. Tento ser justo(a) com as pessoas
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	79. Tenho problemas de fala (descreva):	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	107. Sinto que não sou capaz de ser bem sucedido(a)
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	80. Eu luto pelos meus direitos	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	108. Tenho tendência a perder as coisas
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	81. Meu comportamento varia muito	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	109. Gosto de experimentar coisas novas
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	82. Roubo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	83. Entedio-me com facilidade	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	111. Evito me relacionar com os outros
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	84. Faço coisas que outras pessoas acham estranhas (descreva):	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	112. Preocupo-me muito
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	85. Tenho idéias que outras pessoas acham estranhas (descreva):	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	113. Preocupam-me minhas relações com o sexo oposto
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	86. Sou teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de irritar	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	114. Deixo de pagar minhas dívidas ou cumprir com outras obrigações financeiras
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	87. Tenho mudanças repentinas de humor ou de sentimentos	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	115. Sinto-me irrequieto(a) ou agitado(a)
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	88. Gosto de estar com as pessoas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	116. Fico aborrecido(a) com muita facilidade
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	89. Comporto-me de forma precipitada	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	117. Tenho problemas para administrar dinheiro ou cartões de crédito
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	90. Consumo bebida alcoólica ou fico bêbado(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	118. Sou muito impaciente
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	91. Penso em me matar (descreva):	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	119. Presto pouca atenção aos detalhes
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	92. Faço coisas que podem me trazer problemas com a lei (descreva):	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	120. Dirijo em alta velocidade
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	93. Falo demais	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	121. Tendo a me atrasar nos compromissos
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	94. Provoco muito os outros	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	122. Tenho dificuldade em manter um emprego
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	95. Sou esquentado(a)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	123. Sou uma pessoa feliz
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	96. Penso muito em sexo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	124. Nos últimos seis meses, quantas vezes por dia você usou tabaco (inclusive fumo de mascar)? _____ vezes por dia
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	97. Ameaço machucar as pessoas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	125. Nos últimos seis meses, quantos dias você ficou bêbado(a)? _____ dias
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	98. Gosto de ajudar os outros	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	126. Nos últimos seis meses, quantos dias você usou drogas para fins não medicinais (inclusive maconha, cocaína e outras drogas, exceto álcool e nicotina)? _____ dias
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	99. Não gosto de ficar em um mesmo lugar por muito tempo		

Por favor, certifique-se de que respondeu todos os itens.

## ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-100 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE)

# WHOQOL-100

Versão em Português  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

### Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck  
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Porto Alegre- RS – Brasil

---

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

<i>Quanto você se preocupa com sua saúde?</i>				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda!

---

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado (a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado (a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido (a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado (a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado (a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5



F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado (a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito (a), feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito (a) ou não satisfeito (a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito (a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito (a) você está com a sua vida?				
muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
G4 Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?				
muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
F2.3 Quão satisfeito (a) você está com a energia (disposição) que você tem?				
muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
F3.3 Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?				
muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
F5.2 Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?				
muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
F5.4 Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de tomar decisões?				
muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
F6.3 Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?				
muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
F6.4 Quão satisfeito (a) você está com suas capacidades?				
muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito (a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito (a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito (a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito (a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito (a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito (a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito (a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito (a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito (a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito infeliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5



As questões seguintes se referem a qualquer "trabalho" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se às **últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "quão bem você é capaz de se locomover" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de se locomover?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

**ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA “AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E A QUALIDADE DE VIDA EM UMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES E/OU ADULTOS JOVENS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA E DE DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ” PELO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA-**



Curitiba, 8 de janeiro de 2011

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPR


Prezado Coordenador:

Declaramos que nós do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPr estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “Avaliação da Incidência de Transtornos Mentais – TM e a Qualidade de Vida em uma População de Adolescentes e/ou Adultos Jovens Estudantes do Curso de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná - UFPr”, sob a responsabilidade de Sandra Regina Baggio Muzzolon, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas / UFPR, até o seu final em março/2015.

Estamos cientes que os sujeitos de pesquisa serão Estudantes do Curso de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná - UFPr e que o presente trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Sendo o que se apresenta aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

  
Prof. Cristina Rodrigues da Cruz  
Chefe do Departamento de Pediatria  
CRM - 43494 - Matr. 158712

**ANEXO 4 – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE PELA GUARDA, SEGURANÇA E SIGILO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA RESPONDIDOS PELOS ESTUDANTES**



Curitiba, 01 de Agosto de 2011

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPR

Prezado Coordenador Prof. Renato Tambara Filho

Declaramos que nós da Coordenação do Curso de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente nos responsabilizaremos pela cópia da chave – (com lacre, dos instrumentos de Avaliação respondidos pelos estudantes do Curso de Direito e de Medicina da Universidade Federal do Paraná –UFPR, que participarem da Pesquisa "Avaliação da Incidência de Transtornos Mentais e a Qualidade de Vida em uma população de adolescente e/ou adultos jovens estudantes do curso de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná – UFPR."

Sendo o que se apresenta, aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

Atenciosamente

*Profa. Rosana Marques Pereira*

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Rosana Marques Pereira', is written over a horizontal line. The signature is written in a cursive style.

Professora Dra. Rosana Marques Pereira

Coordenadora da Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente

**ANEXO 5 – EXTRATO DA ATA DA REUNIÃO DO COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ COM APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA “AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E A QUALIDADE DE VIDA EM UMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES E/OU ADULTOS JOVENS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA E DE DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ”**



Ata nº004/2011

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29

**EXTRATO DA ATA DA REUNIÃO DO COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA, DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, REALIZADA NO DIA DEZESSEIS DE AGOSTO DE DOIS MIL E ONZE.**

Às dez horas do dia dezesseis de agosto de dois mil e onze, na sala cinco do quinto andar do Setor de Ciências da Saúde, reuniu-se o Colegiado do Curso de Medicina, sob a presidência do professor **Edison Luiz Almeida Tizzot**, Coordenador do Curso de Medicina, com a presença dos seguintes docentes: **Andréa Senff Ribeiro** do Departamento de Biologia Celular; **Jorge Eduardo Fouto Matias**, do Departamento de Cirurgia; **Hélio Afonso Guizoni Teive**, do Departamento de Clínica Médica; **Rosalvo Tadeu Fogaça**, do Departamento de Fisiologia; **Eni Picchioni Bompeixe**, do Departamento de Patologia Básica; **José Ederaldo Queiroz Teles** do Departamento de Patologia Médica; **Cristina Rodrigues da Cruz**, do Departamento de Pediatria; **Marta Francis Benevides Rehme**, do Departamento de Tocoginecologia.....

**4) Projeto de Estudos** - O Coordenador apresenta o Projeto de Estudos da Professora Sandra Regina Baggio Muzzolon, sobre o Título "Avaliação da Incidência de Transtornos Mentais - TM e a Qualidade de Vida em uma População de Adolescentes e/ou Adulto Jovem Estudantes do Curso de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná - UFPR", e solicitou a Professora Cristina do Departamento de Pediatria alguns esclarecimentos e após, foi colocado em regime de votação o qual foi aprovado.....

Nada mais havendo a tratar o Professor Edison Tizzot, agradeceu a presença de todos, deu por encerrada a reunião, a qual eu, Irone Ferreira da Silva, secretariei e lavrei o presente ata que, depois de aprovada, será assinada pelo Senhor Presidente e por mim.



*Irone*  
IRONE FERREIRA DA SILVA  
TÉCNICO ADMINISTRATIVO  
MAT. CIAPE 144560

**ANEXO 6 – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DO DEPARTAMENTO DE DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ COM O PROJETO DE PESQUISA “AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E A QUALIDADE DE VIDA EM UMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES E/OU ADULTOS JOVENS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA E DE DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ”**



Curitiba, 01 de Agosto de 2011

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPR

Prezado Coordenador Prof. Renato Tambara Filho

Declaramos que nós do Departamento de Direito da Universidade Federal do Paraná, estamos de acordo com a condução do Projeto de Pesquisa “Avaliação da Incidência de Transtornos Mentais e a Qualidade de Vida em uma população de adolescente e/ou adultos jovens estudantes do curso de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná – UFPR”.

Estamos cientes que os sujeitos da pesquisa serão alunos do 1º ao 5º ano do curso de Direito desta Universidade.

Sendo o que se apresenta, aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

Atenciosamente

Prof. Rodrigo Luis Kanayama  
Coordenador do Curso de Direito  
Mat. 1584396

Professor Dr. Rodrigo Kanayama

Coordenador do Curso de Ciências Jurídicas

## ANEXO 7 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



Curitiba, 07 de novembro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)  
Sandra Regina Baggio Muzzolon  
Hospital de Clínicas da UFPR  
Curitiba - PR

Prezada Pesquisadora:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado: "AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS-TM E A QUALIDADE DE VIDA EM UMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES E/OU ADULTO JOVEM ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA E DE DIREITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ/UFPR", foi analisado com pendência pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 30 de agosto de 2011. Após, analisadas as respostas das pendências encaminhadas pela pesquisadora principal, este CEP/HC considera o projeto aprovado em 01 de novembro de 2011.

O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e suas complementares, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0211.0.208.000-11  
Registro CEP: 2571.178/2011-08

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: maio de 2012.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renato Tambara Filho".

**Renato Tambara Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

**ANEXO 8 – DECLARAÇÃO DO COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO AOS ESTUDANTES DA PESQUISA PELO CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

Curitiba, 01 de agosto de 2011.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa HC/UFPR.

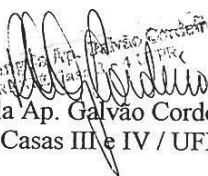
Prezado Coordenador  
Dr. Renato Tâmbara Filho.

Declaro que o Casa III ( Centro de Atenção à Saúde ), localizado no Centro Politécnico , estamos de acordo com a condução do Projeto de Pesquisa “ Avaliação da incidência de transtornos mentais e a qualidade de vida em uma população de adolescentes e ou adultos jovens, estudantes do Curso de Medicina e Direito da UFPR.”

Estamos cientes que o sujeito da pesquisa poderão ser encaminhados para este Serviço para avaliação e ou atendimento psiquiátrico.

Com objetivo de colaborarmos para a qualidade do atendimento, nos colocamos à disposição.

Atenciosamente

  
Rosângela Ap. Galvão Cordeiro  
Gerente Casas III e IV / UFPR



## ANEXO 9 – DECLARAÇÃO DO COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO AOS ESTUDANTES DA PESQUISA PELO AMBULATÓRIO DE PSQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



Curitiba, 01 de Agosto de 2011

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPR

Prezado Coordenador Prof. Renato Tambara Filho

Declaramos que nós, do Ambulatório Nº 461 – Psiquiatria - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, estamos de acordo com a condução do Projeto de Pesquisa "Avaliação da Incidência de Transtornos Mentais e a Qualidade de Vida em uma população de adolescente e/ou adultos jovens estudantes do curso de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná – UFPR".

Estamos cientes que os sujeitos da pesquisa, são estudantes do 1º ao 6º ano do Curso de Medicina desta Universidade

Sendo o que se apresenta, aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

Atenciosamente

  
Dr. Gustavo S. Dória *Gustavo Manoel Schier Dória*  
CRM 9239  
Psiquiatria da Infância e Adolescência

Coordenador do Ambulatório Psiquiatria

## ANEXO 10 – DECLARAÇÃO DO COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTO AOS ESTUDANTES DA PESQUISA PELO AMBULATÓRIO DE NEUROPEDIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



Curitiba, 01 de Agosto de 2011

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPR

Prezado Coordenador Prof. Renato Tambara Filho

Declaramos que nós, do setor de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, estamos de acordo com a condução do Projeto de Pesquisa "Avaliação da Incidência de Transtornos Mentais e a Qualidade de Vida em uma população de adolescente e/ou adultos jovens estudantes do curso de Medicina e de Direito da Universidade Federal do Paraná – UFPR." Estamos cientes que os sujeitos da pesquisa, poderão ser encaminhados para esse setor para Avaliação e/ou Atendimento Psiquiátrico e/ou Psicológico por nossa Equipe Multidisciplinar.

Sendo o que se apresenta, aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

Atenciosamente

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Sérgio A. Antoniuk', is written over a horizontal line. The signature is cursive and somewhat stylized.

Prof. Dr. Sérgio A. Antoniuk

Centro de Neuropediatria-HC-UFPR