



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Jacqueline Maria de Oliveira Regis

**Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação
Com a Imagem Corporal em Estudantes
de Medicina: Prevalência e Fatores Associados**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres
Co-orientadora: Profa. Adj. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

**Botucatu
2015**

Jacqueline Maria de Oliveira Regis

Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação
com a Imagem Corporal em Estudantes
de Medicina: Prevalência e Fatores Associados

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra Albina Rodrigues Torres
Co-orientadora: Profa. Adj. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Botucatu
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Regis, Jacqueline Maria de Oliveira.

Transtorno de ansiedade social e insatisfação com a imagem corporal em estudantes de medicina : prevalência e fatores associados / Jacqueline Maria de Oliveira Regis. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Albina Rodrigues Torres
Coorientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira
Capes: 40600009

1. Estudantes de medicina. 2. Imagem corporal - Distorção.
3. Transtornos da ansiedade. 4. Fobia social. 5. Estudos transversais.

Palavras-chave: Estudantes de medicina; Fobia social;
Insatisfação com imagem corporal; Sintomas depressivos;
Transtorno de ansiedade social.

FOLHA DE APROVAÇÃO

JACQUELINE MARIA DE OLIVEIRA REGIS

**Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação
com a Imagem Corporal em Estudantes de
Medicina: Prevalência e Fatores Associados**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres

Co-Orientadora: Profa. Adj. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres

Profa. Dra. Cristiane Lara Mendes-Chiloff

Profa. Dra. Flávia de Lima Osório

Botucatu

2015

Dedicatória

DEDICATÓRIA

*Aos meus queridos pais, Abigail e Elias
que autorizaram meus voos em direção
aos meus projetos!*

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão a Deus por me conceder uma vida tão repleta de desafios e, com seu amor, permitir que eu os enfrentasse.

À Profa. Albina Rodrigues Torres, pela orientação dedicada e respeitosa, compreendendo minhas falhas e me auxiliando com paciência, sempre!

À Profa. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, por incitar o desejo à pesquisa através do seu amor à ciência; por todas as contribuições para finalização deste trabalho.

À Profa. Maria Cristina Pereira Lima, por confiar a mim uma nobre parte de seu projeto “Saúde Mental e Condições de Vida dos Alunos de Medicina da FMB”.

À Profa. Cristiane Lara Mendes-Chiloff, pela acolhida carinhosa nos momentos difíceis e pela precisão nas sugestões durante o exame geral de qualificação.

À Profa. Flavia Helena Pereira Padovani, por todas as valiosas contribuições.

À Profa. Flavia de Lima Osório, por participar da defesa da minha dissertação e contribuir primorosamente.

À querida amiga, Renata, pela amizade, parceria, incentivo, escuta e presença ao longo destes últimos anos.

Aos grandes amigos que conquistei neste período: Juliana Marchette, Caroline Varge, Alana Dale, Tayla Borges, Jussânia Moraes, Fabio Cardoso, Rafael Borges e Guilherme Lopes. Obrigada pelos momentos felizes juntos.

Às amigas Letícia e Vânia que trabalham comigo e compreenderam minhas ausências para realização deste trabalho. Por todo apoio e incentivo.

À minha família, Abgail, Elias e Eduardo, por entenderem a importância das horas dispendidas para o cumprimento desta tarefa e por incentivarem que eu seguisse adiante. O amor de vocês é a minha fonte.

Ao meu noivo Andre Luiz Liao, pelo cuidado, carinho, compreensão, apoio e amor. Ensinando-me a enxergar a leveza da vida, tornando mais felizes os meus dias.

À Geni, por sua escuta atenta auxiliando meu percurso rumo à descoberta dos meus desejos.

Epígrafe

A vida....

*“Vem me pedir
Além do que eu posso dar
É aí que o aprendizado está
Vem de onde não sonhei
me presentear
Quando chega o fim da linha
e já não há aonde ir
Num passe de mágica
A vida nos traz sonhos pra seguir
Queima meus navios
pr'eu me superar
as vezes pedindo
que ela vem nos dar
o melhor de si*

*Vem me privar pra ver
o que vou fazer
Me prepara pro que vai chegar
Vem me desapontar
pra me ver crescer
Eu sonhei viver paixões, glamour
Num filme de chorar
Mas como é Felini, o dia-a-dia
Minha orquestra a ensaiar
Entre decadência e elegância,
zique-zaguear
Hoje, aceito o caos*

*E quando vejo,
a vida espera mais de mim
mais além, mais de mim
O eterno aprendizado é o próprio fim
Já nem sei se tem fim
De elástica, minha alma dá de si
Mais além, mais de mim
Cada ano a vida pede mais de mim
mais de nós, mais além...”
Eu e a vida - Jorge Vercilo*

Resumo e Abstract

RESUMO

REGIS, J. M. O. **Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação Com a Imagem Corporal em Estudantes de Medicina: Prevalência e Fatores Associados**. 2015. 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

Introdução: Estudos sugerem que a prevalência de Fobia Social (FS) ou Transtorno de Ansiedade Social (TAS) em estudantes universitários é alta, assim como a prevalência de insatisfação com a imagem corporal (IIC). As manifestações clínicas destes quadros podem causar muito sofrimento e interferir negativamente na vida dos estudantes, tanto em suas relações interpessoais quanto no seu desempenho acadêmico. **Objetivos:** Estimar a prevalência e avaliar a gravidade de manifestações de TAS e de IIC em estudantes de medicina de uma universidade pública do Estado de São Paulo, assim como os fatores associados a estes dois desfechos. **Método:** Estudo de corte transversal avaliou 479 estudantes do primeiro ao sexto ano do curso médico da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (taxa de resposta: 88,1%) por meio dos seguintes instrumentos de autopreenchimento: Questionário sobre características sociodemográficas e aspectos de vida acadêmica dos alunos, Inventário de Fobia Social – *Social Phobia Inventory* (SPIN), Questionário de Insatisfação com a Imagem Corporal – *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e Inventário de Depressão de Beck – *Beck Depression Inventory* (BDI). Foi feita análise estatística descritiva, seguida de análise bivariada entre os desfechos de interesse (provável TAS e IIC) e variáveis explanatórias, pelo teste de qui-quadrado para variáveis categoriais e de Mann Whitney para variáveis quantitativas. O tamanho de efeito das associações foi descrito como razão de chances (*odds ratios*) com intervalos de confiança (IC) de 95% para variáveis categóricas e D de Cohen para variáveis quantitativas. Por fim, foram construídos três modelos de regressão logística (para provável TAS, IIC e os dois desfechos associados), incluindo as variáveis explanatórias que foram significativas ($p < 0,05$) na análise bivariada, para controle de confundidores e obtenção de *odds ratios* (OR) e IC ajustados. **Resultados:** A idade média dos estudantes (58,7% do sexo feminino, 99,0% solteiros) foi de 22,5 anos (DP \pm 2,6). A prevalência de provável TAS (SPIN \geq 19) foi de 36,3% (IC95% 32,0 – 40,6%) e algum grau de IIC (BSQ $>$ 81) foi encontrado em 34,7% (IC95% 30,4 – 38,9%) dos estudantes. Sintomas depressivos relevantes (BDI $>$ 19) ocorreram em 8,8% (IC95% 6,2 – 11,3%) da amostra, mais

frequentemente entre os alunos do 3º (16,3%) e 5º (13,5%) anos. Na análise de regressão logística provável TAS permaneceu associado (RL) com: pensamentos de abandonar o curso (OR 1,53; IC95% 1,02-2,29), dificuldade de fazer amigos (OR 2,08; IC95% 1,34-3,22), IIC (OR 1,56; IC95% 1,03-2,36), sintomas depressivos (OR 2,78; IC95% 1,37-5,66) e tratamento psicológico ou psiquiátrico antes do ingresso na universidade (OR 1,55; IC95% 1,04-2,31). Já IIC se manteve associado com sexo feminino (OR 13,51; IC95% 7,25-25,17), dificuldade de fazer amigos (OR 1,65; IC95% 1,01-2,72), provável TAS (OR 1,84; IC95% 1,15-2,95), sintomas depressivos (OR 2,69; IC95% 1,19-6,09) e índice de massa corporal (IMC: OR 1,38; IC95% 1,26-1,52). Setenta e oito alunos (16,3%; 95%CI 13.0-19.6) apresentaram ambos os desfechos, TAS e IIC, que se associaram independentemente com sexo feminino (OR: 4,92; IC95% 2,51-9,64), dificuldade de fazer amigos (OR: 2,86; IC95% 1,65-4,94), insatisfação profissional (OR: 1,99; IC95% 1,12-3,55), depressão (OR: 2,77 IC95% 1,30-5,91) e IMC (OR: 1,19; IC95% 1,10-1,30). **Conclusão:** A prevalência de provável TAS e IIC é alta em estudantes de medicina, acometendo aproximadamente 1/3 destes, enquanto 16,3% apresentam ambos os quadros. Portanto, é necessário o rastreamento destes problemas nessa população. Além disso, TAS e IIC associam-se entre si, sugerindo características clínicas comuns ou fatores subjacentes semelhantes. Dificuldade de fazer amigos e depressão se associaram aos três desfechos estudados (estudantes com provável TAS, IIC e ambos), pensamento de abandonar o curso e tratamento antes do ingresso na universidade se associaram apenas a provável TAS, enquanto sexo feminino e IMC associaram-se apenas a IIC e aos desfechos combinados. Por fim, apenas entre os estudantes que apresentaram os desfechos combinados, insatisfação profissional foi um correlato significativo. Os resultados deste estudo podem contribuir para a elaboração de medidas de prevenção e tratamento desses problemas de saúde mental, o que pode diminuir o sofrimento psíquico e melhorar a qualidade de vida de estudantes de medicina.

Palavras-chave: Estudantes de medicina; Transtorno de ansiedade social, Fobia Social; Insatisfação com a imagem corporal; Sintomas depressivos; Depressão.

ABSTRACT

REGIS, J. M. O. **Social Anxiety Disorder and Body Image Dissatisfaction in Medical Students: Prevalence and Associated Factors**. 2015. 106f. Dissertation, M. S. in Public Health. Botucatu College of Medicine, São Paulo State University, UNESP, Botucatu, SP, Brazil, 2015.

Introduction: Previous studies described high prevalence rates of Social Anxiety Disorder (SAD) (or Social Phobia) and of body image dissatisfaction (BID) in college students. Manifestations of these clinical problems may cause much suffering and negatively interfere in the students' life, both in their interpersonal relationships and academic performance. **Objectives:** To estimate the prevalence and severity of SAD and BID manifestations in medical students of a public university in São Paulo state, Brazil, as well as to investigate the characteristics associated with these outcomes. **Method:** A cross-sectional study with 479 students from the first to the sixth year of the medical course at Botucatu Medical School - UNESP (response rate: 88.1%), using the following assessment instruments: a questionnaire to obtain data on demographics and social and academic life,, the Social Phobia Inventory (SPIN), the Body Shape Questionnaire (BSQ), and the Beck Depression Inventory (BDI). A descriptive analysis was conducted, followed by a bivariate analysis between the outcomes (probable SAD and BID) and all explanatory variables, using the chi-square test for categorical variables and the Mann-Whitney test for quantitative variables. The effect sizes of the associations were described as odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) for categorical variables, and Cohen's D for quantitative variables. Then, three logistic regression models (for probable SAD, BID and both outcomes combined) were built, including, in each of them, the explanatory variables that were significant ($p < 0.05$) in the bivariate analysis to control for confounders and obtain adjusted ORs. **Results:** The median age of the students (58.7% female, 99.0% single) was 22.5 years ($SD \pm 2.6$). The prevalence of probable SAD (SPIN ≥ 19) was 36.3% (95%CI 32.0-40.6), and some BID (BSQ > 81) was found in 34.7% (95%CI 30.4-38.9) of the students. Relevant depressive symptoms (BDI > 19) occurred in 8.8% (95%CI 6.2-11.3) of the sample, more frequently among third-year (16.3%) and fifth-year (13.5%) students. In the logistic regression analysis, probable SAD was associated with: thoughts of abandoning the course (OR 1.53; 95%CI 1.02-2.29), difficulty making friends (OR 2.08; 95%CI 1.34-3.22), BID (OR

1.56; 95%CI 1.03-2.36), depressive symptoms (OR 2.78; 95%CI 1.37-5.66), and psychological or psychiatric treatment before entering the university (OR 1.55; 95%CI 1.04-2.31). BID was associated with female sex (OR 13.51; 95%CI 7.25-25.17), difficulty making friends (OR 1.65; 95%CI 1.01-2.72), probable SAD (OR 1.84; 95%CI 1.15-2.95), depressive symptoms (OR 2.69; 95%CI 1.19-6.09), and body mass index (BMI: OR 1.38; 95%CI 1.26-1.52). Seventy-eight students (16.3%, 95%CI 13.0-19.6) presented both outcomes, SAD and BID, and this was independently associated with female sex (OR: 4.92; 95%CI 2.51-9.64), difficulty making friends (OR: 2.86; 95%CI 1.65-4.94), professional dissatisfaction (OR: 1.99; 95%CI 1.12-3.55), depressive symptoms (OR: 2.77 95%CI 1.30-5.91), and BMI (OR: 1.19; 95%CI 1.10-1.30). **Conclusion:** The prevalence of probable SAD and BSD is high in medical students (approximately one third of the sample), and 16.3% present both problems. Therefore, it is necessary to screen for these problems in this population. Furthermore, SAD and BID were significantly associated, suggesting common clinical features. Difficulties in making friends and depression were associated with the three outcomes (probable SAD, BID, and both SAD and BID combined); thoughts of abandoning the course and treatment before entering the university were associated only with probable SAD, whereas female sex and BMI were associated only with BID and with the outcomes combined. Finally, professional dissatisfaction was a significant correlate only of the combined outcomes. The results of this study may contribute for the elaboration of treatment and prevention measures for these mental health issues, possibly decreasing the emotional suffering of medical students.

Keywords: Medical students, Social Anxiety Disorder, Social Phobia, Body Image Dissatisfaction, Depressive symptoms, Depression.

*Lista de Quadros, Tabelas,
Anexos e das Principais
Abreviaturas*

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM 5 –(APA, 2013) para Transtorno de Ansiedade Social. 27
- Quadro 2 – Síntese dos estudos Internacionais e nacionais de Transtorno de Ansiedade Social em estudantes universitários. 31
- Quadro 3 – Estudos Internacionais e nacionais de Insatisfação com a Imagem Corporal e/ou Transtorno Dismórfico Corporal em estudantes universitários. 37

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas da amostra..... | 49 |
| Tabela 2 – Distribuição de características relacionadas ao curso e tratamento. ... | 51 |
| Tabela 3 – Médias e Medianas da pontuação geral e das subescalas do <i>Social Phobia Inventory</i> (SPIN)..... | 52 |
| Tabela 4 – Distribuição das variáveis explanatórias, de acordo com ter ou não provável Transtorno de Ansiedade Social (TAS). | 53 |
| Tabela 5 – Distribuição dos escores dos fatores de Insatisfação da Imagem Corporal, de acordo com ter ou não provável Transtorno de Ansiedade Social (TAS)..... | 54 |
| Tabela 6 – Prevalência dos medos sociais de acordo com a pontuação ≥ 3 (faixa de variação: 0-4) em cada item do <i>Social Phobia Inventory</i> (SPIN)..... | 55 |
| Tabela 7 – Regressão Logística de variáveis associadas ao desfecho “Provável Transtorno de Ansiedade Social”. | 56 |
| Tabela 8 – Distribuição da pontuação geral e das subescalas do <i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ). | 56 |
| Tabela 9 – Distribuição da presença ou ausência de Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC), segundo variáveis explanatórias. | 57 |
| Tabela 10 – Regressão Logística de variáveis associadas ao desfecho “Insatisfação com a Imagem Corporal”. | 58 |
| Tabela 11 – Distribuição da prevalência de Transtorno de Ansiedade Social, Insatisfação com a Imagem Corporal e Depressão em função da série do curso. | 59 |
| Tabela 12 – Distribuição das variáveis explanatórias em alunos com ambos desfechos: Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação com a Imagem corporal. | 60 |
| Tabela 13 – Variáveis que permaneceram associadas a ambos os desfechos “Provável TAS” e “Insatisfação com a Imagem Corporal” na análise de Regressão Logística. | 61 |
| Tabela 14 – Síntese dos resultados das análises de Regressão Logística. | 62 |
| Tabela 15 – Correlação entre os escores nas escalas de TAS (SPIN) e Insatisfação com a imagem corporal (BSQ) em relação aos escores na escala de sintomas depressivos (BDI) e ao índice de massa Corporal (IMC). | 63 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|-----|
| Anexo 1 – Questionário sobre dados sociodemográficos do aluno e família, situação acadêmica e manifestações psicopatológicas..... | 95 |
| Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 103 |
| Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 104 |

LISTA DAS PRINCIPAIS ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| APA | <i>American Psychiatric Association</i> (Associação Psiquiátrica Americana). |
| BDI | <i>Beck Depression Inventory</i> (Inventário de Depressão de Beck). |
| BSQ | <i>Body Shape Questionnaire</i> (Questionário de Insatisfação com a Imagem Corporal). |
| DP | Desvio Padrão |
| DSM | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana). |
| FS | Fobia Social. |
| IC | Imagem Corporal. |
| IC 95% | Intervalo de Confiança de 95%. |
| IIC | Insatisfação com a Imagem Corporal. |
| IMC | Índice de Massa Corporal. |
| OR | <i>Odds Ratio</i> |
| RL | Regressão Logística. |
| SPIN | <i>Social Phobia Inventory</i> (Inventário de Fobia Social). |
| SRQ | <i>Self Reporting Questionnaire</i> . |
| TAS | Transtorno de Ansiedade Social. |
| TDC | Transtorno Dismórfico Corporal. |
| TMC | Transtorno Mental Comum. |

Sumário

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 22 |
| 1.1 | Saúde Mental de Estudantes Universitários | 23 |
| 1.2 | Transtorno de Ansiedade Social | 26 |
| 1.2.1 | <i>Definição e Critérios Diagnósticos</i> | 26 |
| 1.2.2 | <i>Epidemiologia</i> | 28 |
| 1.2.3 | <i>Transtorno de Ansiedade Social em estudantes universitários: prevalência e fatores associados</i> | 29 |
| 1.3 | Insatisfação com a Imagem Corporal | 32 |
| 1.4 | Justificativa | 38 |
| 1.5 | Objetivos | 38 |
| 1.5.1 | <i>Objetivo Geral</i> | 38 |
| 1.5.2 | <i>Objetivos Específicos</i> | 38 |
| 1.6 | Hipóteses | 39 |
| 2 | MÉTODO | 40 |
| 2.1 | Desenho | 41 |
| 2.2 | Participantes | 41 |
| 2.2.1 | <i>Critérios de inclusão</i> | 41 |
| 2.3 | Instrumentos de avaliação | 41 |
| 2.3.1 | <i>Questionário sobre dados sociodemográficos do aluno e família, situação acadêmica e manifestações psicopatológicas (Anexo 1)</i> | 41 |
| 2.3.2 | <i>Social Phobia Inventory (SPIN): Inventário de Fobia Social (página 9 do Anexo 1)</i> | 42 |
| 2.3.3 | <i>Body Shape Questionnaire (BSQ) – Questionário de Imagem Corporal (página 8 do Anexo 1)</i> | 43 |
| 2.3.4 | <i>Beck Depression Inventory (BDI) – Inventário de Depressão de Beck (não reproduzido por tratar-se de teste psicológico)</i> | 43 |
| 2.4 | Procedimento de Coleta de Dados | 44 |
| 2.5 | Análise dos Dados | 45 |
| 2.6 | Considerações Éticas | 46 |
| 3 | RESULTADOS | 47 |
| 3.1 | Características Sociodemográficas da Amostra | 48 |
| 3.2 | Aspectos relacionados ao curso e à realização de tratamento | 50 |
| 3.3 | Prevalência de provável Transtorno de Ansiedade Social na amostra e fatores associados | 52 |
| 3.4 | Prevalência de sintomas de acordo com o Social Phobia Inventory (SPIN) | 54 |
| 3.5 | Transtorno de Ansiedade Social: Análise de regressão logística | 55 |

| | | |
|------|---|----|
| 3.6 | Prevalência de Insatisfação com a Imagem Corporal na amostra e fatores associados..... | 56 |
| 3.7 | Insatisfação com a Imagem Corporal: regressão logística. | 58 |
| 3.8 | Prevalência de Transtorno de Ansiedade Social, Insatisfação com a Imagem Corporal e Sintomas Depressivos em relação ao ano cursado. | 59 |
| 3.9 | Prevalência dos desfechos combinados (Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação com a Imagem Corporal) na amostra e fatores associados..... | 59 |
| 3.10 | Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação com a Imagem Corporal (desfecho combinado): Análise de regressão logística. | 61 |
| 3.11 | Correlação entre os escores nas escalas de Transtorno de Ansiedade Social (SPIN) e Insatisfação com a Imagem Corporal (BSQ) em relação ao escore na escala de sintomas depressivos (BDI) e ao IMC: análise da gravidade. | 62 |
| 4 | DISCUSSÃO..... | 64 |
| 4.1 | Características Gerais da Amostra..... | 65 |
| 4.2 | Transtorno de Ansiedade Social: Prevalência e fatores associados..... | 70 |
| 4.3 | Insatisfação com a Imagem Corporal: Prevalência e fatores associados..... | 73 |
| 4.4 | Prevalência e fatores associados a ambos os desfechos combinados (TAS e IIC). | 77 |
| 5 | LIMITAÇÕES..... | 78 |
| 6 | CONCLUSÕES..... | 80 |
| | REFERÊNCIAS..... | 82 |
| | ANEXOS..... | 94 |

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Saúde Mental de Estudantes Universitários

O período da formação universitária é uma fase de grandes alterações na vida dos jovens, desde a vivência do processo seletivo dos vestibulares até a conclusão do curso (AKTEKIN et al., 2001). Ao iniciar a graduação, o aluno experimenta eventos importantes (BALDASSIN et al., 2008), tais como a saída da casa dos pais e a mudança do seu círculo social, que podem afetar sua vida, alterando, por exemplo, sua percepção de apoio emocional e social (LIMA et al., 2006).

É frequente nesta fase a competição entre pares e a sobrecarga de atividades escolares que, por vezes, interferem no tempo para o descanso e para as atividades de lazer (BALDASSIN et al., 2008; FIOROTTI et al., 2010). Além disso, ao longo da formação acadêmica, outras experiências subjetivas, próprias desta fase da vida, associadas a características pessoais podem se constituir como fontes de estresse, desencadeando sofrimento psíquico entre os estudantes, podendo comprometer sua formação, relacionamentos interpessoais e desempenho escolar e profissional (KITZROW, 2003; BALDASSIN, 2008).

De acordo com Mowbray et al. (2006), episódios de transtorno mental frequentemente ocorrem pela primeira vez no início da vida adulta, particularmente na fase acadêmica. Em nosso meio, estudo epidemiológico recente revelou alta prevalência de transtornos mentais (13,4% em 12 meses) na população jovem (18 - 34 anos) na cidade de São Paulo (ANDRADE et al., 2012), faixa etária que compreende o período de formação e início da atividade profissional.

Em vista das situações às quais estão expostos os estudantes universitários e de outros fatores psicossociais, tem crescido nos últimos anos, em vários os países, o número de pesquisas que se propõem a avaliar o impacto destas vivências na saúde mental desses jovens (AKTEKIN et al., 2001; KITZROW, 2003; DYRBYE et al., 2006; BALDASSIN et al., 2008). Pesquisadores e educadores têm se preocupado com a alta prevalência de diferentes manifestações de sofrimento psíquico entre universitários (NEVES; DALGALARRONDO, 2007). Têm sido investigados também possíveis fatores associados ao desencadeamento e manutenção de tal sofrimento (LIMA et al., 2006; FIOROTTI et al., 2010) e propostas

de intervenção que auxiliem na preservação da saúde mental destes estudantes (KITZROW, 2003; EISENBERG et al., 2007; MELO-CARRILO et al., 2012).

Nas pesquisas realizadas até o presente tem sido avaliada, principalmente, a presença de transtorno mental comum (TMC) ou de transtornos psiquiátricos menores (FACUNDES et al., 2005; LIMA et al., 2006; SREERAMAREDDY et al., 2007; NEVES; DALGALARRONDO, 2007; STROUS et al., 2012). GOLDBERG; HUXLEY (1992) caracterizaram como TMC sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes, tais como dificuldade para se concentrar e tomar decisões, insônia, irritabilidade, fadiga, dores de cabeça, alterações no apetite, desconforto estomacal, entre outros sintomas. Tais manifestações, apesar de não preencherem critérios para diagnósticos psiquiátricos específicos, segundo as classificações vigentes, produzem considerável sofrimento psíquico e têm sido bastante estudadas entre jovens universitários, de forma especial na área da saúde (FACUNDES et al., 2005).

Estudos realizados com estudantes do curso de medicina têm apontado alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão (BALDASSIN, 2010), sofrimento psíquico ou TMC (LIMA et al., 2006; ALMEIDA, et al., 2007; FIOROTTI et al., 2010). A revisão sistemática de Dyrbie et al. (2006), acerca das publicações em 25 anos (1980-2005) sobre sintomas depressivos, ansiosos e *burnout* na população de estudantes de medicina americanos e canadenses descreveu elevada prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, com níveis de sofrimento psíquico consistentemente maiores do que na população geral. Outro dado relevante foi de que, no geral, a prevalência de sofrimento psíquico foi maior entre estudantes do sexo feminino (DYRBIE et al., 2006). O estudo transversal de Zaid et al. (2007), realizado com 292 estudantes de medicina em uma universidade privada da Malásia, rastreando transtornos mentais através do *General Health Questionnaire* (GHQ-12) identificou 46,2% dos alunos com provável transtorno mental, que se associou com estar no primeiro ano, sentir-se pressionado devido aos exames e não estar em um relacionamento amoroso. No entanto, os autores recomendaram realização de estudos diagnósticos destes possíveis transtornos, visto que o GHQ-12 é um instrumento apenas de rastreio (ZAID et al., 2007).

Em nosso meio, a prevalência de TMC entre estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia (ALMEIDA et al., 2007) foi de 29,6%, da Universidade de Pernambuco 34,1% (FACUNDES; LUDEMIR, 2005) e da Universidade Federal da Paraíba 33,6% (ROCHA; SASSI, 2013). Já em estudo

anterior realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp) com 551 estudantes, a prevalência foi maior, de 44,7% (LIMA et al., 2006), enquanto a prevalência de TMC na população geral do município de Botucatu foi de 23,0% (LIMA et al., 2006). Tal sofrimento pode decorrer do fato de o curso de medicina ser uma carreira com alta concorrência no vestibular e competição durante o curso, e exigir responsabilidade e dedicação precoces, além do contato com doenças, sofrimento e morte ainda na adolescência (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002). Assim, este curso envolveria grande autoexigência, tanto para o ingresso quanto para a permanência na faculdade (FIOROTTI et al., 2010). A própria estrutura do curso por vezes pode ser fonte de estresse e trazer consequências negativas para a saúde mental, para a vida social e para o desempenho acadêmico desses estudantes (FACUNDES; LUDEMIR, 2005; SREERAMAREDDY et al., 2007; ROBERTO, 2009).

Outro aspecto relevante é a ocorrência de sintomas depressivos nesta população. Estudo realizado no Paraná (PORCU et al., 2001) apontou que a prevalência de sintomas depressivos nos estudantes de medicina é sete vezes maior, em média, do que na população geral brasileira. A presença de sintomas depressivos e outras manifestações de sofrimento psíquico vem sendo avaliada em alunos dos diferentes anos do curso médico, que tradicionalmente se divide entre a formação pré-clínica (do primeiro ao quarto ano) e clínica (quinto e sexto anos, ou internato, quando há maior contato com pacientes e com a rotina hospitalar).

Strous et al. (2012), em estudo conduzido em Israel, identificaram que mais de 50% dos estudantes de medicina avaliados apresentaram algum transtorno dos eixos I e II do DSM-IV (APA, 2004). Entretanto, foi maior a prevalência de transtornos mentais entre os alunos do 5º ano do que os do 1º ano. De modo similar, entre estudantes brasileiros de uma universidade privada na região metropolitana em São Paulo, Baldassin et al. (2008) encontraram sintomas depressivos em 38,2% dos estudantes através da escala *Beck Depression Inventory* (BDI). Identificaram maior média dos sintomas depressivos entre os estudantes do internato (11.7 ± 7.2), quando comparados com os alunos do ciclo básico (8.6 ± 7.9) e intermediário (7.0 ± 6.9). Os autores apontam como características próprias desta fase do curso médico e associadas a sintomas depressivos: sentimentos negativos de medo e insegurança por estar no final do curso, pensamentos de “não saber nada”, exigência da realização de exame físico em outra pessoa, as noites de plantão, o

pouco tempo de sono, descanso e lazer, a falta de apoio familiar e de amigos e o enfrentamento da morte de pacientes.

Além de sintomas depressão, ansiedade e estresse (AKTEKIN et al., 2001; DYRBYE et al., 2006; AMARAL et al., 2008; BALDASSIN et al., 2008; AGUIAR et al., 2009; SCHWENK et al., 2010; CASTALDELLI-MAIA et al., 2012), outros aspectos têm sido investigados em estudantes de medicina, tais como uso e abuso de álcool e drogas (KERR-CORREA et al., 1999; SHAFIQ et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2009), e ideação ou comportamentos suicidas (MELEIRO, 1998; TYSEN et al., 2001; CAVESTRO; ROCHA, 2006; ALEXANDRINO-SILVA et al., 2009; SCHWENK et al., 2010). Apenas alguns estudos até o momento avaliaram a ocorrência de Transtorno de Ansiedade Social (TAS) ou fobia social (TILLFORS; FURMAK, 2007; BAPTISTA et al., 2011; BELLA et al., 2009) e de Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC) (TAQUI et al., 2008; RODGERS; CHABROL, 2009; LIAO et al., 2010; FITZSIMMONS-CRAFT et al., 2012) nessa população.

1.2 Transtorno de Ansiedade Social

1.2.1 Definição e Critérios Diagnósticos

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também denominado fobia social (FS), é um quadro de início precoce e curso crônico, caracterizado pelo medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho diante de outras pessoas, com ansiedade antecipatória intensa frente a tais situações e consequente tentativa de evitá-las. O diagnóstico se faz quando comportamentos de esquiva, medo ou antecipação ansiosa diante das situações sociais interferem no funcionamento escolar/ocupacional e na vida social do indivíduo, causando sofrimento e limitação (APA, 2004).

Os critérios diagnósticos do TAS pelo DSM-V estão descritos no Quadro 1, abaixo:

Quadro 1 – Critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM 5 – (APA, 2013) para Transtorno de Ansiedade Social.

| Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) | |
|--|-----------------|
| Critérios Diagnósticos | 300.23 (F40.10) |
| <p><i>A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras).</i></p> <p>Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.</p> <p><i>B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).</i></p> <p><i>C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.</i></p> <p>Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.</p> <p><i>D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.</i></p> <p><i>E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e contexto sociocultural.</i></p> <p><i>F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.</i></p> <p><i>G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</i></p> <p><i>H. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica.</i></p> <p><i>I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.</i></p> <p><i>J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo.</i></p> <p>Especificar se:</p> <p><i>Somente desempenho: Se o medo está restrito à fala ou ao desempenhar em público.</i></p> | |

Os critérios diagnósticos definidos pelo DSM-5 (APA, 2013) para o TAS são bastante semelhantes aos do DSM-IV (APA, 1994), destacando apenas possíveis diferenças entre adultos e crianças e generalizando a persistência dos sintomas por mais de seis meses, que antes se restringia a indivíduos com menos de 18 anos. Dispomos também da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da

CID-10 (OMS, 1993), que destaca os sintomas fisiológicos (rubor facial, tremor das mãos, náusea, ou urgência urinária), associação com baixa autoestima e possível ocorrência de ataques de pânico, enquanto o DSM-5 enfatiza o sofrimento, medo, ansiedade e esquiva dos portadores de TAS.

1.2.2 Epidemiologia

O TAS é o terceiro transtorno psiquiátrico mais frequente e o transtorno de ansiedade mais comum na população geral. Além da alta prevalência, o TAS constitui um grave problema de saúde pública devido ao curso crônico e às limitações funcionais e prejuízos psicossociais que acarreta (DAVIDSON et al., 1993; BEIDEL, 1998; FURMARK, 2002; MASSION et al., 2002; KESSLER et al., 2005c).

Os portadores de TAS em geral apresentam comorbidades psiquiátricas (FILHO et al., 2010) e alta procura por serviços de saúde (STEIN et al., 1999; KROENKE et al., 2007). O início do quadro é precoce, em geral na infância ou adolescência e, apesar dos grandes prejuízos de desempenho e nas dimensões social, profissional e afetiva da vida, é ainda subdiagnosticado e subtratado (SCHNEIER et al., 1994; WITTCHEN et al., 2000). De acordo com Davidson et al. (1994), apenas 4% a 5,6% dos casos de TAS são devidamente identificados.

O TAS foi oficialmente introduzido como diagnóstico psiquiátrico no DSM-III (APA, 1980) e, a partir disto, estudos epidemiológicos passaram a investigar sua prevalência (FURMARK et al., 1999).

Um dos primeiros levantamentos epidemiológicos de destaque foi o *Epidemiological Catchment Area* (ECA), realizado em três grandes centros urbanos dos Estados Unidos que identificou a prevalência em torno de 2-3% na vida e com média de idade de início do TAS aos 15 anos (BOURDON et al., 1988). Posteriormente, utilizando a versão revisada da classificação, o DSM-III-R (APA, 1994), o estudo *National Comorbidity Survey* (NCS) investigou a prevalência de diversos transtornos mentais numa amostra com mais de oito mil pessoas de 15 a 54 anos de idade, representativa de toda a população americana, estimando a prevalência de TAS em 13,3% na vida e 7,9% no ano. A distribuição entre os gêneros foi de 11,1% na vida e 6,6% no ano entre os homens e 15,5% na vida e 7,9% no ano entre as mulheres. Este achado alocou este diagnóstico como o

terceiro transtorno mental mais prevalente no país, atrás apenas da depressão maior (17,1%) e da dependência de álcool (14,1%) (KESSLER et al., 1994).

A replicação deste estudo, dez anos depois (NCS-R), utilizando os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 1994), encontrou prevalência de TAS de 12,1% na vida, sendo de 13,6% entre os participantes de 18 a 29 anos (KESSLER et al., 2005a). Em outra publicação (KESSLER et al., 2005b), foi descrita a prevalência anual (6,8%) e a intensidade do TAS: 29,9% de casos graves, 38,8% moderados e 31,3% leves. A revisão de estudos comunitários sobre TAS realizada por Furmark (2002) encontrou que a prevalência estimada na vida em países ocidentais varia de 7 a 13%. Esta variação possivelmente se deve às diferenças de metodologia, critérios diagnósticos utilizados, amostragem e diferenças culturais entre as regiões estudadas.

Já no Brasil, não há estudos que abranjam toda a população do país, mas o estudo realizado em Bambuí, Minas Gerais (VORCARO et al., 2004), com amostra de 1037 pessoas de 18 anos ou mais encontrou alta prevalência de TAS: 7,9% (mês), 9,1% (ano) e 11,8% (vida), através da CIDI. O estudo multicêntrico de Almeida-Filho et al. (1997), utilizando critérios diagnósticos do DSM-III, já indicava que os transtornos fóbicos e ansiosos eram os mais comuns nas cidades de Brasília, São Paulo e Porto Alegre, com prevalência na vida entre 10% e 18%, e que as mulheres eram as mais afetadas. O estudo epidemiológico nacional mais recente, conduzido da cidade de São Paulo, revelou prevalência de TAS no ano de 2,2% (Andrade et al., 2002).

1.2.3 Transtorno de Ansiedade Social em estudantes universitários: prevalência e fatores associados

Pesquisadores vêm investigando frequentemente sintomas de depressão e ansiedade em estudantes de medicina (ROH et al., 2010), no entanto, poucos estudos até o momento investigaram especificamente a prevalência de TAS nessa população. Tillfors e Furmark (2007) encontraram alta prevalência (16,1%) de sintomas fóbico-sociais (principalmente medo de falar em público) entre estudantes suíços dos cursos de ciências naturais e técnicas, pedagogia, ciências sociais e humanística. Tais sintomas gerariam prejuízos no desempenho das atividades sociais e de formação, em função dos comportamentos de esquiva das situações

geradores de ansiedade, podendo inclusive levar ao abandono do curso (TILLFORS; FURMARK, 2007). O estudo de Yen et al. (2013), realizado com adolescentes de Taiwan, revelou que experiências de vitimização e de *bullying* podem aumentar os níveis de ansiedade antecipatória diante de novas situações de interação social, aumentando o risco de desenvolver TAS.

Pesquisadores da universidade da Nigéria (BELLA et al., 2009) avaliaram a ocorrência de TAS e outros problemas comórbidos (uso e abuso de álcool, sintomas depressivos, estresse e incapacidade para atividades diárias) entre os universitários de vários cursos (Ciências, Artes, Ciências Sociais, Medicina, Direito, Tecnologia, Agricultura, Medicina Veterinária, Educação). Dentre os alunos, 19,8% apresentaram TAS, sendo 9,3% em algum momento da vida e 8,5% no último ano. Estresse psicológico e sintomas depressivos associaram-se significativamente à ocorrência de TAS.

Izgiç et al. (2004) avaliaram 1.003 estudantes de diversos cursos de uma universidade da Turquia através da escala de TAS do *Diagnostic Interview Schedule-III-Revised* (DIS-III-R) e obtiveram prevalência de 9,6% em algum momento da vida e de 7,9% no último ano. Já Binelli et al. (2012) avaliaram eventos negativos na infância e sintomas de ansiedade social em universitários espanhóis, encontrando maior prevalência de violência familiar na infância em estudantes com níveis mais altos de ansiedade social pela escala de Liebowitz. No Brasil, apenas o estudo de Baptista et al. (2011) investigaram a prevalência de sintomas de TAS em 2.319 universitários de diferentes cursos, incluindo medicina, de duas instituições públicas e uma privada do interior do estado de São Paulo. A prevalência encontrada no rastreamento inicial, através da Mini-SPIN (pontuação ≥ 6 apenas nos itens 6, 9 e 15 da SPIN), foi de 20,6%. A etapa seguinte do estudo foi a confirmação diagnóstica de TAS através do módulo de ansiedade da SCID-IV, obtendo como prevalência final de 11,6%. O medo mais comum encontrado foi 'falar em público' (91,6%). Os autores identificaram ainda que TAS associou-se significativamente com sexo feminino e uso de medicamentos psicotrópicos. As alunas portadoras de TAS apresentaram, em média, menores notas, quando comparadas àquelas sem TAS, indicando um impacto negativo dos sintomas fóbico-sociais no desempenho acadêmico. É importante ressaltar que apenas 0,8% dos casos de TAS identificados nesse estudo (sendo 78,0% deles moderados ou graves) já haviam recebido

diagnóstico e estavam em tratamento, reforçando que, de fato, este transtorno é muito subdiagnosticado e subtratado também em nosso meio.

No Quadro 2, a seguir, descrevem-se os estudos publicados sobre TAS em estudantes universitários (pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas Bireme, Pubmed e Scielo, sem limite de data de publicação).

Quadro 2 – Síntese dos estudos Internacionais e nacionais de Transtorno de Ansiedade Social em estudantes universitários.

| Estudo (Autor, data e país) | Número de sujeitos, sexo e Curso Universitário | Instrumento de Avaliação | Prevalência ou Escore Médio | Fatores Associados |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|--|
| Izgiç et al. (2004) Turquia | 1003 (♂,♀) Vários | DIS-III-R, SPS*, RSES e MBSRQ | 9,6% (vida) 7,9% (ano) | Baixa autoestima e > distorção da IC. |
| Wilson, I. (2005) Austrália | 666 (♂,♀) Vários | MINI-SPIN* | 30% | Nenhum |
| Al-hinai et al. (2006) Oman | 480 (♂,♀) Curso não informado | WMH-CIDI LSAS* | 54,2% 37% | Nenhum |
| Tillfors e Furmark (2007) Suécia | 523 (♂,♀) Vários | SPSQ* (e critérios do DSM-IV) | 16,1% | Estratégias disfuncionais de esquiva. |
| Bella et al. (2009) Nigéria | 413 (♂,♀) Vários | WMH-CIDI, WHO-DAS-II | 9,4% (vida) 8,5% (ano) | Depressão, pior qualidade de vida. |
| Liao et al. (2010) China | 487 (♂,♀) Medicina | SIAS BSQ SRDS | 32,5% 1,3% | ♀ Depressão |
| Baptista et al. (2011) Brasil (SP) | 2319 (♂,♀) Vários | SPIN* e SCID-IV | 11,6% | Prejuízo acadêmico em estudantes do sexo feminino. |
| Binelli et al. (2012) Espanha | 571 (♂,♀) | LSAS* | Escore: 40 (DP 22). | Violência familiar na Infância. |
| Mustafa et al. (2014) Jordania | 1659 (♂,♀) Ciências e Humanas | SPIN | 30,6% | ♀ Menor idade Curso de Humanas |

Legenda: TAS: Transtorno de Ansiedade Social; SPS: Social Phobia Scale; SIAS : Social Interaction Anxiety Scale; SRDS: Self-Rating Depression Scale; SCS: Self-Constraint Scale; TKS: Taijin Kyofusho syndrome; ES: Embarrassability Scale; DIS-III-R: Diagnostic Interview Schedule-III-Revised; SPS: Social Phobia Scale; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; MBSRQ: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire; SPSQ: Social Phobia Screening Questionnaire; WMH-CIDI: World mental health initiative version of the composite international diagnostic interview. BSQ: Body Shape Questionnaire; LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale. *Instrumento de rastreio para Transtorno de Ansiedade Social.

1.3 Insatisfação com a Imagem Corporal

Data da década de trinta a elaboração, pelo psiquiatra Paul Ferdinand Schilder (1886-1940), do conceito de imagem corporal (IC) como um fenômeno psicológico. A IC consiste na representação mental da forma corporal, à qual se atribuem sentimentos, sentidos e ideias, geralmente inconscientes (SCHILDER, 1999). É, segundo Adami et al. (2005), fenômeno complexo que envolve aspectos cognitivos, afetivos, culturais e motores, sendo seu desenvolvimento resultante das interações com seu meio e com as concepções determinantes da cultura e sociedade. A IC consiste numa construção multidimensional e está mais frequentemente relacionada ao grau de satisfação com o tamanho, forma e aparência geral do corpo do indivíduo (AKBARBEGLOO et al., 2010). É um aspecto importante da auto-representação e auto-avaliação durante a vida (MOREIRA et al., 2005).

Em contrapartida, a insatisfação com a imagem corporal (IIC) corresponde a pensamentos negativos sobre sua IC e à percepção subjetiva de sentir-se feio, fisicamente anormal e com algum defeito em sua aparência, ainda que tais características não existam (FANG et al., 2010). Em decorrência disto, há tentativas de minimizar este sofrimento com comportamentos que podem se tornar fatores de risco para o desenvolvimento, por exemplo, de transtornos alimentares e do transtorno dismórfico corporal (MOREIRA et al., 2005; AKBARBEGLOO et al., 2010). Assim, de acordo com o DSM-IV-TR da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2000), a IIC inicia-se em geral na adolescência, porém, não recebendo os devidos cuidados, tais preocupações tendem a persistir, gerando sofrimento e podendo se caracterizar como transtornos, que poderão ser diagnosticados na vida adulta.

A crescente preocupação com a aparência física, principalmente entre os jovens, incentivou diversos pesquisadores a investigarem a prevalência de IIC entre estudantes universitários, especialmente nos cursos de maior representatividade feminina. Porém, ainda são escassas as pesquisas sobre este tema com estudantes de medicina, apesar da crescente “feminização” do curso médico (SCHEFER; CASSENOTE, 2013), fato que aumenta a importância de estudos que considerem diferenças de gênero em possíveis manifestações psicopatológicas nesta população.

Pesquisadores franceses (RODGERS et al., 2010) avaliaram 200 universitárias do curso de psicologia, identificando 80% delas insatisfeitas com o peso corporal (média de 20.63; DP: 7.5 no BSQ) e forte associação entre IIC e IMC. Tal insatisfação teve como preditores sintomas depressivos, ansiosos e de TAS. Segundo os autores, as mulheres com sintomas de TAS seriam mais vulneráveis à pressão exercida pela mídia que, no contexto sociocultural atual, procura impor um padrão estético corporal de magreza.

No Brasil, em Juiz de Fora (MG), Miranda et al. (2012) avaliaram 535 universitários de diferentes cursos distribuídos nas áreas de humanas, saúde e exatas, dos quais 10,1% apresentaram IIC, de acordo com o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) - pontuação média de 68. Neste estudo, associaram-se com IIC sexo feminino e sobrepeso ou obesidade. O estudo realizado por Alvarenga et al. (2010), utilizando a Escala de Silhueta de Stunkard com o objetivo de identificar IIC entre 2.402 universitárias do primeiro e segundo ano de cursos da saúde (enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, farmácia e/ou biomedicina) de todas regiões do Brasil encontrou 64,4% das estudantes com desejo de serem mais magras, revelando, assim, alta prevalência de IIC, mesmo entre as estudantes com peso normal. O estudo de Costa e Vasconcelos (2010) com 220 estudantes do sexo feminino de diversos cursos da Universidade Federal de Santa Catarina, encontrou, também através do BSQ, IIC em 47,3% na amostra, sendo que 4,5% delas apresentaram insatisfação grave.

O estudo de Garcia et al. (2011), que investigou a autopercepção da IC através do BSQ em uma amostra de 97 alunas do curso de educação física e 98 de medicina de uma universidade privada do RJ, revelou maior IIC nas últimas. Assim, o escore médio geral foi $77,4 \pm 31,7$, sendo $70,6 \pm 25,5$ para as estudantes de educação física e $84,1 \pm 35,6$ para as de medicina ($p < 0,003$). Quase metade (46,9%) das alunas de medicina apresentou algum nível de IIC, contra apenas 29,2% das alunas de educação física ($p < 0,003$).

No Rio de Janeiro foram realizados três estudos sobre IIC em universitárias, pelo mesmo grupo de pesquisadores (BOSI et al., 2006; BOSI et al., 2009; BOSI et al., 2014), o mais recente com alunas de medicina. O primeiro estudo envolveu 193 universitárias do curso de nutrição e identificou 18,6% das estudantes com distorção moderada/grave no BSQ e que eram, na grande maioria (82,9%), eutróficas. Entre as alunas que apresentaram insatisfação de nível leve, 58,7% desejavam perder

dois quilos ou mais. O segundo estudo, com 175 estudantes do sexo feminino do curso de psicologia revelou associação significativa entre a pontuação no BSQ e o índice de massa corpórea (IMC), sendo que 90,9% das alunas com insatisfação moderada/grave no BSQ afirmaram que gostariam de perder mais que dois quilos de peso, mesmo tendo IMC normal ou eutrófico. O estudo mais recente, com 189 alunas de medicina, encontrou 27,7% delas insatisfeitas com a autoimagem e 45,5% com fatores de risco para transtornos do comportamento alimentar (TCA), identificados através de dois instrumentos autoadministrados (*Eating Attitudes Test* e *Bulimic Investigatory Test Edinburgh*). Os autores destacaram que entre as populações anteriormente pesquisadas naquela universidade (Educação Física, Nutrição e Psicologia), as estudantes de medicina foram as que mais apresentaram IIC associada a padrão alimentar de risco para TCA, resultado este que merece atenção por parte das escolas médicas, para a promoção de ações preventivas (BOSI et al., 2014).

Estes dados revelam o quanto a IIC está mais associada à percepção subjetiva, que no caso é negativa, do que à realidade objetiva indicada pelo IMC e consiste num achado preocupante, especialmente por se tratarem de futuras profissionais que atuarão na área da saúde, e em área estreitamente relacionada a questões corporais, como no caso das nutricionistas (BOSI et al., 2006). Além disso, sugerem que a IIC pode desencadear comportamentos alimentares de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e prejuízos para a saúde destas estudantes, na busca de um corpo “ideal” (BOSI et al., 2009).

Numa pesquisa com estudantes de medicina do Paquistão (TAQUI et al., 2008), 78,8% relataram insatisfação com algum aspecto de sua aparência e 5,8% preencheram critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000) para transtorno dismórfico corporal (TDC). Este quadro se caracteriza basicamente por uma grande preocupação com algum defeito mínimo ou inexistente na aparência, que gera considerável sofrimento e interferência negativa no funcionamento do indivíduo (APA, 2013).

Liao et al. (2010) avaliaram 487 estudantes do primeiro ano de medicina de uma universidade chinesa e identificaram que os que se mostraram insatisfeitos com sua aparência (32,5%), aspecto avaliado através de quatro instrumentos (BSQ, SMAQ, DCQ e BDDQ) tiveram maior gravidade de sintomas depressivos e de ansiedade social do que aqueles que não se mostraram insatisfeitos com a

aparência. Entre os homens, a correlação mais significativa de preocupação dismórfica foi com os escores de ansiedade social e de depressão, avaliados através da *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS) e da *Self-Rating Depression Scale* (SDS), respectivamente. Já entre as mulheres, foi também significativa a associação com os escores do BSQ, SDS e da SIAS. Dentre elas, 1,3% foram rastreadas como prováveis portadoras de TDC, já entre os homens este transtorno não foi encontrado. Na Alemanha (BOHNE et al., 2002a), dos 133 universitários avaliados, 5,3% preencheram critérios do DSM-IV para TDC, avaliado através do *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ). Os autores investigaram o mesmo desfecho entre estudantes americanos (BOHNE et al., 2002b) e identificaram menor prevalência de TDC (4%) nestes, assim como, maiores escores no BDI, indicando associação significativa entre TDC e sintomas depressivos nos dois estudos.

No estudo realizado por Izgiç et al. (2004) na Turquia encontrou-se que, entre os sujeitos que apresentaram maior nível de IIC, avaliada por meio do *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ), houve prevalência significativamente maior de TAS.

Contudo, ainda são escassos na literatura internacional os estudos investigando a prevalência de IIC em estudantes de medicina (TAQUI et al., 2008; LIAO et al., 2010) assim como sua possível associação com sintomas de TAS. No Brasil também são poucos os estudos sobre IIC em estudantes de medicina (MOREIRA et al., 2005; Di PIETRO; SILVEIRA, 2009; GARCIA et al., 2011; BOSI et al., 2014). O estudo de Moreira et al. (2005), realizado com 163 estudantes do primeiro ano do curso médico (88 mulheres e 75 homens) de uma universidade privada de Salvador (BA), identificou 50,0% das mulheres e 21,3% dos homens com pontuação superior a 80 no BSQ, indicando algum nível de IIC. A análise revelou ainda que as mulheres com IMC normal apresentaram escore no BSQ significativamente maiores que os homens com IMC normal. A pesquisa de Di Pietro e Silveira (2009), realizada em uma universidade pública paulista com 164 estudantes de medicina dos três primeiros anos (93 homens e 71 mulheres), revelou níveis significativamente mais altos de IIC nas mulheres em relação aos homens (escore médio de $89,7 \pm 31,3$ versus $58,7 \pm 25,1$) através do BSQ. No estado do Rio de Janeiro, pesquisadores avaliaram a prevalência de IIC entre alunas de Medicina e Educação Física (GARCIA et al., 2011) encontrando prevalência significativamente maior entre as alunas de medicina.

Vale ressaltar que, segundo revisão da literatura brasileira referente aos avanços da metodologia de pesquisa dos estudos sobre IIC (LAUS et al., 2014), tem crescido nos últimos anos a produção de trabalhos com este tema. Em todas as bases de dados investigadas, encontrou-se duas vezes mais estudos sobre as repercussões da IIC no sexo feminino do que no sexo masculino. Vários estudos recentes se dedicaram também à elaboração e adaptação de instrumentos de medida do constructo de IIC para uso em nosso país, inclusive voltados ao sexo masculino. Assim, este estudo de revisão revelou um grande aumento dos instrumentos de avaliação da IIC na população brasileira, sendo que, em 12 anos, o número de instrumentos propostos saltou de dois para 41 (LAUS et al., 2014). Quanto à faixa etária, os adolescentes foram a população mais frequentemente estudada, seguida dos universitários. Em relação aos aspectos da IIC mais estudados, os pesquisadores identificaram a preocupação com a insatisfação/satisfação global do corpo, em detrimento dos componentes cognitivos, comportamentais e emocionais também presentes neste constructo. Deste modo, fica evidente a crescente relevância de estudos neste campo em nosso meio, assim como a escassez de pesquisas envolvendo estudantes do curso médico.

No Quadro 3, a seguir, apresentam-se os principais estudos publicados sobre IIC em estudantes universitários (pesquisa nas bases de dados Bireme, Pubmed e Scielo sem limite de data).

Quadro 3 – Estudos Internacionais e nacionais de Insatisfação com a Imagem Corporal e/ou Transtorno Dismórfico Corporal em estudantes universitários.

| Estudo (Autor, data e país) | Número de sujeitos, sexo e Curso | Desfecho | Instrumentos de avaliação do desfecho (e critério diagnóstico) | Prevalência do Desfecho ou Escore médio | Fatores Associados |
|---|---|------------|--|--|---|
| Bohne et al. (2002b) Estados Unidos | 101 (♂,♀) Psicologia | IIC TDC | BDDQ (DSM-IV) | 74,3% (IIC) 4% (TDC) | Ansiedade, Depressão, baixa autoestima, TOC |
| Cansever et al. (2003) Turquia | 420 (♀) Enfermagem | IIC TDC | BDDE (DSM-IV) | 43,8% (IIC) 4,8% (TDC) | Nenhum |
| Izgiç et al. (2004) Turquia | 1003 (♂,♀) Vários | IC TAS | DIS-III-R, SPS*, RSES e MBSRQ | 9,6% (vida) 7,9% (ano) | Baixa autoestima e > distorção da IC. |
| Taqi et al. (2008) Paquistão | 156 (♂,♀) Medicina | IIC TDC | BIDQ (DSM-IV) | 78,8% (IIC) 5,8% (TDC) | ♀ sentir-se gorda ♂ ser magro |
| Liao et al. (2010) China | 487 (♂,♀) Medicina | IIC TDC | BSQ (> 129) | 32,5% (IIC) 1,3% (TDC) | ♀ TAS Depressão |
| Rodgers et al. (2010) França | 200 ♀ Psicologia | IIC | BSQ (>8 na versão breve) | 20,63 ± 7,5 | TAS Depressão / Ansiedade |
| Akbarbegloo et al. (2010) Iran | 260 (♂,♀) Medicina e outros | IIC | BICI (>19) | 57.47 ± 5.6 | ♀ Estar solteiro / Cursar medicina |
| Moreira et al. (2005) Brasil -BA | 163 (♂,♀) Medicina | IIC | BSQ (≥ 81) | 50% ♀ 21,3% ♂ | ♀ IMC |
| Bosi et al. (2006) Brasil -RJ | 193 ♀ Nutrição | IIC | BSQ (≥81) | Distorção moderada/grave: 18,6% | IMC |
| Bosi et al. (2009) Brasil -RJ | 175 ♀ Psicologia | IIC | BSQ (≥81) | Distorção moderada/grave: 19,4% | IMC |
| Di Pietro e Silveira (2009) Brasil -SP | 164 (♂,♀) Medicina | IIC | BSQ (≥111) | Distorção leve/moderada: 21,1% ♀ 7,5% ♂ | ♀ IMC |
| Alvarenga et al. (2010) Brasil -5 regiões | 2.402 ♀ Vários | IIC | ESS | 64,4% gostariam de ser “menores”. | IMC |
| Costa e Vasconcelos (2010) Brasil - SC | 220 ♀ Vários | IIC | BSQ (≥81) | 47,3% | IMC Dieta |
| Garcia et. al. (2011) Brasil -RJ | 195 ♀ Medicina e Educação Física | IIC | BSQ (≥81) | MED: 47% EF: 29,1% | IMC, Drogas reduzoras de peso, Dieta. |
| Miranda et al. (2012) Brasil -MG | 535 (♂,♀) Saúde, Humanas e Exatas | IIC | BSQ (≥111) | 10,1% | ♀ IMC |
| Bosi et al. (2014) Brasil -RJ | 189 ♀ Medicina | IIC TCA | BSQ (≥81) EAT, Bite | 27,7% (IIC) 19% (EAT) 6,3% (Bite) | IMC |

Legenda: TDC: Transtorno Dismórfico Corporal; BDDQ: *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire*; IIC: Insatisfação com a imagem corporal; DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; TOC: Transtorno Obsessivo Compulsivo; BDDE: *Body Dysmorphic Disorder Examination*; IC: Imagem corporal; TAS: Transtorno de Ansiedade Social; RSES: *Rosenberg Self-Esteem Scale*; MBSRQ: *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*; SPS: *Social Phobia Scale*; DIS-III-R: *Diagnostic Interview Schedule-III-Revise*; BIDQ: *Body Image Disturbance Questionnaire*; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; BICI: *Body Image Concern Inventory*; ESS: *Escala de Silhuetas de Stunkard*; EAT-26: *Eating Attitudes Test-26*; BITE: *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* IMC: Índice de Massa Corporal.

1.4 Justificativa

Até o presente momento apenas um estudo internacional (LIAO et al., 2010) avaliou a prevalência de sintomas de transtorno de ansiedade social (TAS) e alguns fatores associados em amostra exclusiva de estudantes de medicina, sendo os demais com universitários de diversos cursos. No Brasil há um único estudo sobre TAS em estudantes universitários de vários cursos, incluindo medicina (BAPTISTA et al., 2011). Poucos autores investigaram a possível associação entre TAS e insatisfação com a imagem corporal (IIC), apesar da relação entre estes dois problemas, identificada em alguns estudos (IZGIÇ et al., 2004; LIAO et al., 2010). Além disso, poucas variáveis explanatórias destes dois desfechos foram exploradas até o momento na literatura e nenhum estudo avaliou estes dois desfechos em conjunto, ou seja, ambos os desfechos nos mesmos sujeitos.

Esse trabalho pretende, assim, ampliar o conhecimento sobre possíveis fatores associados a estes dois problemas de saúde mental, muito relevantes atualmente. Com isso, pode embasar a elaboração de medidas de prevenção e tratamento desses dois problemas nesta população específica, o que pode diminuir o sofrimento causado por eles e melhorar a qualidade de vida destes estudantes.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo Geral

Estimar a prevalência e a gravidade de sintomas sugestivos de transtorno de ansiedade social (TAS) e de insatisfação com a imagem corporal (IIC) em estudantes de medicina e estudar fatores associados a estes dois desfechos.

1.5.2 Objetivos Específicos

Caracterizar a amostra de estudantes de medicina, em relação a dados sociodemográficos e situação acadêmica.

Estimar a prevalência de provável TAS e de IIC e desses dois desfechos combinados na casuística (desfechos como variáveis categoriais).

Estimar a gravidade dos sintomas de TAS e IIC na casuística (desfechos como variáveis quantitativas).

Estudar a associação entre TAS e IIC.

Estudar a associação dos desfechos (TAS e IIC, isolados e combinados) com características sociodemográficas, sintomas depressivos, tratamento psicológico e/ou psiquiátrico e aspectos da vida acadêmica dos alunos (ex.: desempenho escolar, relacionamentos interpessoais, atividades extracurriculares, satisfação com o curso, adaptação à cidade).

1.6 Hipóteses

1) A prevalência de provável TAS deve ser superior a 10% e a maioria dos estudantes deve apresentar algum grau de IIC (IZGIÇ et al., 2004; TILLFORS; FURMARK, 2007; BELLA et al., 2009; BAPTISTA et al., 2011).

2) TAS e IIC devem associar-se significativamente e também com a ocorrência de sintomas depressivos (IZGIÇ et al., 2004; LIAO et al., 2010; RODGERS et al., 2010).

3) Deve haver correlação entre a pontuação obtida para sintomas fóbico-sociais (maior gravidade) e a pontuação obtida para IIC, assim como com a pontuação obtida no BDI (gravidade dos sintomas depressivos) (WEILLER et al., 1996; STEIN & KEAN, 2000; BOHNE et al., 2002a; BOHNE et al., 2002b; BELLA et al., 2009; LIAO et al., 2010; RODGERS et al., 2010).

4) Provável TAS deve se associar com as seguintes características sociodemográficas e psicossociais: sexo feminino (LIAO et al., 2010; BAPTISTA et al., 2011; MUSTAFA et al., 2014), dificuldade maior em fazer amigos (RODEBAUGH, 2009), pensamentos de abandonar o curso (STEIN et al., 2000; AMERINGEN et al., 2003), maior procura por tratamento psicológico ou psiquiátrico e uso de psicofármacos.

5) Deve haver associação de IIC com as seguintes características sociodemográficas e psicossociais: sexo feminino (MOREIRA et al., 2005; TAQUI et al., 2008; DIPIETRO; SILVEIRA, 2009; LIAO et al., 2010; AKBARBEGLOO et al., 2010; MIRANDA et al., 2012), índice de massa corporal (BOSI et al. 2006; BOSI et al. 2009; ALVARENGA et al., 2010; COSTA e VASCONCELOS 2010; GARCIA et al., 2011; MIRANDA et al., 2012; BOSI et al., 2014), dificuldade em fazer amigos (GAVIOLI et al., 2009), procura por tratamento psicológico ou psiquiátrico e uso de psicofármacos (DI PIETRO; SILVEIRA, 2009; AKBARBEGLOO et al., 2010).

Método

2 MÉTODO

2.1 Desenho

O presente estudo é um subprojeto do projeto “Condições de Vida e Saúde dos Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu” (análise secundária de dados), com desenho de corte transversal, descritivo e analítico.

2.2 Participantes

Constituíram a população-alvo do projeto 550 alunos do primeiro ao sexto ano do curso de medicina da FMB UNESP regularmente matriculados no ano de 2011 (aproximadamente 90 alunos por ano). Responderam aos instrumentos de avaliação 479 alunos que estiveram presentes no momento da aplicação do questionário e que consentiram em participar da pesquisa, obtendo-se uma taxa de resposta de 88,1%.

2.2.1 Critérios de inclusão

Todos os alunos que estavam presentes e consentiram em participar da pesquisa no dia da aplicação do questionário.

2.3 Instrumentos de avaliação

2.3.1 Questionário sobre dados sociodemográficos do aluno e família, situação acadêmica e manifestações psicopatológicas (Anexo 1)

Este questionário foi elaborado para a pesquisa: “Condições de Vida e Saúde dos Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu” e, para este subprojeto, foram utilizados os seguintes dados:

- Características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade dos pais, situação conjugal, pessoas com quem mora, renda, ocupação, situação em relação à ocupação, peso e altura).

- Situação acadêmica e social (avaliação do desempenho escolar, adaptação à cidade, pensamentos de abandonar o curso, satisfação com a escolha profissional, dificuldade em fazer amigos, sentir-se rejeitado).

- Manifestações psicopatológicas (para este estudo: sintomas fóbico-sociais, insatisfação com a imagem corporal, sintomas depressivos, realização de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, e uso de psicofármacos). Os instrumentos específicos estão descritos a seguir:

2.3.2 Social Phobia Inventory (SPIN): Inventário de Fobia Social (página 9 do Anexo 1)

O *Social Phobia Inventory* (SPIN) foi elaborado originalmente em língua inglesa por Connor et al. (2000), tendo sido traduzido e adaptado para o português por Crippa et al. (2003). Esta versão traduzida foi validada no Brasil com estudantes universitários por Osório et al. (2009), tendo demonstrado propriedades psicométricas adequadas e semelhantes às da versão original. A aplicação em diferentes contextos e amostras permite avaliar os mesmos construtos das subescalas de medo, esquiva e sintomas fisiológicos associados ao transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social (FS). Trata-se de uma escala autoaplicável que, conforme Osório et al. (2009), permite uma avaliação simples e rápida de sintomas relacionados à TAS na última semana.

Consiste em 17 itens que investigam ansiedade, incômodo e comportamentos de esquiva, relacionados a diversas situações sociais na última semana. Cada um dos itens tem pontuação em escala Likert de cinco pontos (0-4), variando de 0 - nada, 1 - um pouco, 2 - moderado, 3 - bastante a 4 - extremamente. O escore máximo total é 68 e o ponto de corte estabelecido para definição de caso (provável TAS) é igual ou superior a 19. A SPIN apresenta ainda cinco fatores ou subescalas, cuja gravidade pode ser avaliada separadamente (CONNOR et al., 2000): inadequação social (0-16 pontos), autoestima (0-16 pontos), sintomas fisiológicos (0-16 pontos), inferioridade social (0-8 pontos) e desempenho quando observado (0-12 pontos). O escore total e nas subescalas da SPIN foi também analisado (desfecho quantitativo) em relação às variáveis explanatórias.

2.3.3 *Body Shape Questionnaire (BSQ) – Questionário de Imagem Corporal* (página 8 do Anexo 1).

O *Body Shape Questionnaire (BSQ)* foi elaborado em língua inglesa por Cooper et al. (1987) e validado no Brasil por Conti et al. (2009). Esta versão traduzida foi validada em nosso país com estudantes universitários de medicina por Pietro e Silveira (2009), que obtiveram o coeficiente de consistência interna de 0,97, medido pelo Alfa de Cronbach. É um instrumento que mede graus de insatisfação com a forma corporal, autodepreciação pela aparência física e sensação de estar gordo/a (COOPER et al., 1987)

O BSQ pode ser autoaplicado e cada um dos 34 itens tem pontuação em escala Likert de seis pontos (1-6): 1- nunca, 2- raramente, 3- às vezes, 4- frequentemente, 5- muito frequentemente e 6- sempre. O escore total do respondente permite classificá-lo em quatro níveis de preocupação relacionada à imagem corporal no último mês: “sem preocupação” (escore < 81), com preocupação “leve” (81-110), “moderada” (111-140) ou “grave” (> 140). O escore total máximo é 204 pontos. A presença de IIC foi definida como pontuação total superior a 80 (CONTI et al., 2009).

A análise fatorial da escala resultou em quatro fatores, das seguintes dimensões: 1) “autopercepção da imagem corporal” – pontuação máxima: 132 (questões: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 33 e 34); 2) “percepção comparativa da imagem corporal” - pontuação máxima: 30 (questões: 12, 20, 25, 29 e 31); 3) “atitudes sobre a preocupação com a alteração na imagem corporal” - pontuação máxima: 30 (questões: 7, 13, 18, 23 e 32) e 4) “percepção de graves alterações no corpo”- pontuação máxima: 12 (questões: 08 e 27). A pontuação em cada uma destas quatro dimensões também foi analisada no presente estudo.

2.3.4 *Beck Depression Inventory (BDI) – Inventário de Depressão de Beck* (escala não reproduzida por se tratar de teste psicológico)

O BDI é utilizado para medir a intensidade dos sintomas depressivos em pacientes psiquiátricos e na população geral com idades de 17 a 80 anos. Foi originalmente proposto por Beck et al. (1961).

Trata-se de uma escala de auto-relato de 21 itens, que avaliam sintomas depressivos de caráter cognitivo, afetivo e somático, cada um dos itens com quatro alternativas relativas a graus crescentes de gravidade de depressão, com escores que variam de zero a três. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens. Recomendam-se (BECK et al., 1988; CUNHA, 2001) os seguintes pontos de corte: <10 = sem depressão ou depressão mínima; 10-18 = depressão leve a moderada; 19-29 = depressão moderada a grave e 30-63 = depressão grave. Neste estudo foi considerado o ponto de corte 18/19 para diferenciar casos e não casos de “depressão” (sintomas depressivos relevantes), tendo sido utilizada também a pontuação global como variável quantitativa em algumas das análises.

2.4 Procedimento de Coleta de Dados

O questionário completo, incluindo os instrumentos de avaliação psicopatológica, foram inicialmente aplicados em seis alunos do curso de Medicina, com objetivo de avaliar possíveis falhas (por ex. questões ambíguas) e estimar o tempo para o preenchimento.

O questionário final foi impresso em folhas brancas e o termo de consentimento em folha colorida, para que fossem separados após o preenchimento. A aplicação dos questionários ocorreu em sala de aula (ou em anfiteatros próximos aos locais de atividade prática no hospital universitário, em caso de alunos de internato), após verificação das disciplinas com menores taxas de absenteísmo e agendamento de data específica com o professor responsável pelas disciplinas oferecidas no dia da aplicação.

Os alunos foram esclarecidos de que o questionário era autoaplicável e anônimo, sendo solicitado apenas o número do registro acadêmico para eventuais análises posteriores, em estudo longitudinal. Os questionários foram aplicados entre os meses de maio e junho de 2011.

2.5 Análise dos Dados

Os dados obtidos foram primeiramente digitados no programa Excel e posteriormente transferidos para o STATA 12.0 (STATA CORPORATION, 2011), no qual a análise estatística foi realizada.

Inicialmente realizou-se a análise descritiva dos desfechos de interesse (frequência e gravidade dos sintomas de TAS e IIC) e das variáveis independentes ou explanatórias (características sociodemográficas e psicossociais, variáveis relativas ao curso, sintomas depressivos e tratamento), através da estimativa de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, medianas e faixa de variação. Para os desfechos categóricos (provável TAS e IIC) e para depressão foram calculadas prevalências com intervalo de confiança (IC) de 95%. A seguir, foi feita análise bivariada da associação entre os desfechos e as variáveis de exposição, através do teste de qui-quadrado (para variáveis categóricas) e do teste t de Student ou Mann-Whitney (para variáveis quantitativas com distribuição normal e não normal, respectivamente). A normalidade das distribuições foi avaliada através do *Skewness Kurtosis Test for Normality*.

Como estimativa do tamanho de efeito das associações (*effect sizes*), foram calculadas razões de chance brutas (OR - *odds ratios*) com IC de 95% para variáveis explanatórias categoriais e D de Cohen para variáveis quantitativas (valores menores que 0,3 em geral indicam efeito pequeno, de 0,3 a 0,5 moderado, e acima de 0,5 grande). Para avaliar a associação entre duas variáveis quantitativas (ex.: pontuação na SPIN e no BSQ com idade, renda e pontuação na BDI) foi utilizada a correlação de postos de Spearman (teste não paramétrico).

Por fim, para controle das variáveis confundidoras e obtenção de valores de razão de chance ajustados (ORA) foram construídos modelos de regressão logística (RL) para cada um dos desfechos (provável TAS e IIC) e também para os desfechos em conjunto, incluindo-se em cada um deles as variáveis explanatórias que tiveram p valor < 0,25 na análise bivariada e não apresentavam colinearidade (descrição detalhada nas tabelas 4 e 9). A seguir, pelo caráter exploratório do estudo, as variáveis explanatórias foram sendo excluídas uma a uma dos modelos, a partir do maior valor de p (RL tipo *backward*), até que permanecessem somente aquelas que mantiveram significância estatística (p valor < 0,05).

2.6 Considerações Éticas

O projeto “Condições de Vida e Saúde Mental de Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP” foi submetido e aprovado pelo Conselho de Curso de Graduação em Medicina da FMB, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMB, protocolo número 3759-2010 de 06/12/2010. Este subprojeto foi também aprovado pelo CEP, em 21/11/2012, protocolo nº 556-2012 (Anexo 2).

Os estudantes foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e os consentimentos foram solicitados apenas após a explicação feita pelos aplicadores sobre os instrumentos de avaliação. Foi assegurado ao aluno o direito de não participar ou de participar, desde que assinasse o termo de consentimento, que estava destacado do conjunto do questionário (Anexo 3). Assim, foi possível garantir que a identidade dos participantes e as informações obtidas fossem mantidas em sigilo. Foi assegurado ainda que o aluno pudesse desistir da pesquisa a qualquer momento, solicitando que seu consentimento fosse retirado do conjunto dos demais, sem que isso envolvesse qualquer prejuízo.

Resultados

3 RESULTADOS

3.1 Características Sociodemográficas da Amostra

A amostra foi composta por 281 (58,7%) mulheres e 198 (41,3%) homens e a idade média foi de 22,5 anos ($DP \pm 2,6$). Quanto à situação conjugal, quase todos os estudantes eram solteiros (99,0%), 198 (41,3%) residiam com dois ou mais amigos e 169 (35,3%) moravam sozinhos (Tabela 1).

A maioria dos estudantes referiu não trabalhar (96,0%) e 44,1% deles afirmaram receber bolsa. A renda média familiar relatada foi 15,9 salários mínimos mensais e o gasto médio mensal individual correspondeu a 2,7 salários.

Quanto à escolaridade dos pais, a maioria revelou que a escolaridade paterna (74,4%) e materna (69,0%) correspondia ao ensino superior completo e 45,0% dos estudantes afirmaram considerar a religião importante (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas da amostra.

| VARIÁVEIS QUANTITATIVAS | MEDIA (DP) | MEDIANA (VARIACAO) |
|--------------------------------|-------------------|---------------------------|
| Idade (anos) | 22,5 (2,6) | 22,0 (17– 41) |
| Peso referido (kg) | 66,3 (14,1) | 63,0 (40– 120) |
| Altura referida (m) | 1,69 (0,10) | 1,68 (1,46-2,08) |
| Índice de Massa Corporal | 23,0 (3,3) | 22,5 (16,4-39,3) |
| Renda (SM) | 15,9 (11,1) | 12 (1 – 90) |
| Gasto Mensal (SM) | 2,7 (1,11) | 2,5 (0,5 – 9,0) |
| VARIÁVEIS CATEGÓRICAS | N | % |
| Sexo | | |
| Masculino | 198 | 41,3 |
| Feminino | 281 | 58,7 |
| Situação Conjugal | | |
| Solteiro | 474 | 99,0 |
| Casado ou união estável | 4 | 0,8 |
| Separado | 1 | 0,2 |
| Com Quem Mora | | |
| Com um ou mais amigos | 278 | 58,0 |
| Sozinho | 169 | 35,3 |
| Com os pais | 17 | 3,5 |
| Cônjuge/Namorado | 7 | 1,5 |
| Moradia Estudantil | 2 | 0,4 |
| Outros | 6 | 1,2 |
| Situação Ocupacional | | |
| Estudante (Não trabalha) | 458 | 95,6 |
| Trabalho esporádico (“bicos”) | 14 | 2,9 |
| Outros | 7 | 1,5 |
| Escolaridade do Pai | | |
| Ensino fundamental | 24 | 5,0 |
| Ensino médio | 98 | 20,5 |
| Ensino superior | 355 | 74,4 |
| Escolaridade da Mãe | | |
| Ensino fundamental | 21 | 4,4 |
| Ensino médio | 127 | 26,6 |
| Ensino superior | 329 | 69,0 |
| Renda Familiar (SM)* | | |
| Até 20 | 353 | 80,8 |
| 21-40 | 66 | 15,1 |
| 41-60 | 12 | 2,7 |
| Acima de 60 | 6 | 1,4 |
| Recebe Bolsa | | |
| Não | 268 | 55,9 |
| Sim | 211 | 44,1 |
| Importância da Religião | | |
| Importante | 215 | 45,0 |
| Regular | 143 | 29,9 |
| Não tenho religião | 76 | 15,9 |
| Nada importante | 44 | 9,2 |

Legenda: DP: desvio padrão; kg: quilogramas; m: metros; SM: salários mínimos; * dados faltantes de 42 estudantes

3.2 Aspectos relacionados ao curso e à realização de tratamento

Entre os aspectos relacionados ao curso estão os dados de autoavaliação do desempenho escolar, pensar em abandonar o curso, adaptação à cidade, satisfação profissional, dificuldade de fazer amigos e sentimentos de rejeição. Avaliou-se também a realização de tratamento psicológico e psiquiátrico antes e depois do ingresso na universidade. A média de anos de cursinho pré-vestibular correspondeu a 2,8, variando entre não ter feito cursinho até oito anos de cursinho (dado não apresentado em tabela). Quanto à satisfação com a escolha profissional, a maioria (74,8%) referiu estar totalmente satisfeita e 24,7% parcialmente satisfeita, porém, 32,4% já haviam pensado em abandonar o curso e 7,1% ainda pensavam. Revelaram total adaptação à cidade, 60,5%, enquanto 36,7% relataram adaptação apenas parcial. Quase a metade dos alunos (47,6%) avaliou seu desempenho escolar como bom. Mais que $\frac{1}{4}$ dos alunos (26,9%) relatou dificuldade em fazer amigos nos últimos dozes meses, e 27,3% relataram sentimentos de rejeição pelos colegas no mesmo período.

Sintomas depressivos (BDI > 18) estavam presentes em 8,8% (IC95% 6,2 – 11,13%) da amostra (N=42), não diferindo significativamente entre os sexos. As mulheres, no entanto, apresentaram escores mais altos do que os homens na BDI (9,98 vs. 8,06, $p=0,004$). A respeito de tratamento psiquiátrico ou psicológico antes de ingressarem na universidade, 30,1% haviam realizado tratamento psicológico, 3,8% tratamento psiquiátrico e 10,2% ambos (N total= 211). Após o ingresso na universidade, 35,7% realizaram tratamento psicológico, 8,6% psiquiátrico e 16,4% ambos (N total = 289). Mais alunos que receberam algum tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico antes do ingresso na universidade o fizeram também após o ingresso (80,1% vs. 44,8%, $p < 0,001$). Quase 20% dos estudantes referiram já ter usado algum psicofármaco.

Tais dados encontram-se na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 – Distribuição de características relacionadas ao curso e tratamento.

| VARIÁVEIS CATEGÓRICAS | N | % |
|---|----------|----------|
| Satisfação com escolha profissional | | |
| Totalmente Satisfeitos | 357 | 74,9 |
| Parcialmente Satisfeitos | 118 | 24,7 |
| Totalmente Insatisfeitos | 2 | 0,4 |
| Adaptação à cidade | | |
| Totalmente adaptado | 289 | 60,5 |
| Parcialmente adaptado | 175 | 36,7 |
| Não adaptado | 14 | 3,0 |
| Pensou em abandonar o curso | | |
| Não | 290 | 60,5 |
| Sim, mas não pensa mais | 155 | 32,4 |
| Sim, ainda pensa | 34 | 7,1 |
| Avaliação do desempenho escolar | | |
| Excelente | 22 | 4,6 |
| Bom | 227 | 47,6 |
| Regular | 176 | 36,9 |
| Insuficiente | 46 | 9,6 |
| Péssimo | 2 | 1,3 |
| Dificuldade em fazer amigos | | |
| Não | 349 | 73,0 |
| Sim | 129 | 27,0 |
| Sentimento de rejeição pelos colegas | | |
| Não | 348 | 72,7 |
| Sim | 131 | 27,3 |
| Depressão (BDI > 18) | | |
| Não | 437 | 91,2 |
| Sim | 42 | 8,8 |
| Tratamento antes do ingresso | | |
| Não | 267 | 55,9 |
| Sim, psicológico | 144 | 30,1 |
| Sim, psiquiátrico | 18 | 3,8 |
| Sim, ambos | 49 | 10,2 |
| Tratamento depois do ingresso | | |
| Não | 187 | 39,3 |
| Sim, psicológico | 170 | 35,7 |
| Sim, psiquiátrico | 41 | 8,6 |
| Sim, ambos | 78 | 16,4 |
| Usou Psicofármaco | | |
| Não | 381 | 80,9 |
| Sim | 90 | 19,1 |

Legenda – DP: desvio padrão; BDI: *Beck Depression Inventory*.

3.3 Prevalência de provável Transtorno de Ansiedade Social na amostra e fatores associados.

Dentre os estudantes avaliados, 174 (36,3%; IC95% 32,0 – 40,6%) apresentaram provável TAS, definida como escore igual ou superior a 19 na SPIN. Quando comparados aos demais colegas, este grupo diferiu em relação a vários aspectos, como: morar sozinho com mais frequência, não estar adaptado à cidade, pensar em abandonar o curso, dificuldade em fazer amigos, sentimento de rejeição, insatisfação com a imagem corporal, sintomas depressivos relevantes e tratamento psiquiátrico e psicológico (Tabela 3). A média do IMC não diferiu significativamente entre os estudantes com e sem provável TAS, mas a média no BSQ e em todas as suas subescalas foi superior no primeiro grupo.

Quando avaliada como variável quantitativa, a média geral na SPIN foi 15,6 (DP 12,4). Os resultados de medidas de tendência central e distribuição nas cinco subescalas da SPIN estão dispostas na tabela 3, a seguir:

Tabela 3 – Médias e Medianas da pontuação geral e das subescalas do *Social Fobia Inventory* (SPIN).

| SPIN | Média | (DP) | Mediana | (Variação) |
|------------------------------|-------|------|---------|------------|
| SPIN – Total | 15,6 | 12,4 | 13 | (0-58) |
| SPIN – Inadequação Social | 2,5 | 3,2 | 1 | (0-16) |
| SPIN – Autoestima | 4,5 | 3,9 | 4 | (0-16) |
| SPIN – Sintomas Fisiológicos | 3,7 | 3,5 | 3 | (0-15) |
| SPIN – Inferioridade | 1,3 | 1,5 | 1 | (0-7) |
| SPIN – Desempenho | 3,5 | 3,1 | 3 | (0-12) |

Legenda: SPIN: *Social Fobia Inventory*; DP: Desvio Padrão.

Os dados referentes às variáveis explanatórias associadas a este desfecho na análise bivariada podem ser observados na tabela 4, a seguir:

Tabela 4 – Distribuição das variáveis explanatórias, de acordo com ter ou não provável Transtorno de Ansiedade Social (TAS).

| <i>Variáveis</i> <i>Categóricas</i> | Total (N=479) | Provável TAS N (%) | Sem TAS N (%) | p | OR (IC95%) |
|--|------------------|--------------------------|---------------------|------------------|-------------------------|
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 198 (41,3) | 66 (33,3) | 132 (66,7) | 0,25 | 1 |
| Feminino | 281 (58,7) | 108 (38,4) | 173 (61,6) | | 1,25 (0,85-1,83) |
| Morar Sozinho | | | | | |
| Não | 315 (65,8) | 102 (32,4) | 213 (67,6) | 0,013 | 1 |
| Sim | 164 (34,2) | 72 (43,9) | 92 (56,1) | | 1,63 (1,11-2,41) |
| Desadaptado | | | | | |
| Não | 289 (60,3) | 89 (30,8) | 200 (69,2) | 0,002 | 1 |
| Sim | 190 (39,7) | 85 (44,7) | 105 (55,3) | | 1,81 (1,24-2,66) |
| Insatisfação profissional | | | | | |
| Não | 359 (75,0) | 124 (34,5) | 235 (65,5) | 0,16 | 1 |
| Sim | 120 (25,0) | 50 (41,7) | 70 (58,3) | | 1,35 (0,89-2,07) |
| Pensamento de abandonar o curso | | | | | |
| Não | 290 (60,5) | 88 (30,3) | 202 (69,7) | <0,001 | 1 |
| Sim | 189 (39,5) | 86 (45,5) | 103 (54,5) | | 1,92 (1,31-2,80) |
| Desempenho regular ou ruim | | | | | |
| Não | 251 (52,4) | 84 (33,5) | 167 (66,5) | 0,17 | 1 |
| Sim | 228 (47,6) | 90 (39,5) | 138 (60,5) | | 1,30 (0,89-1,88) |
| Dificuldade fazer amigos | | | | | |
| Não | 349 (73,0) | 104 (29,8) | 245 (70,2) | <0,001 | 1 |
| Sim | 129 (27,0) | 69 (53,5) | 60 (46,5) | | 2,70 (1,78-4,10) |
| Sentimento de rejeição | | | | | |
| Não | 348 (72,7) | 105 (30,2) | 243 (69,8) | <0,001 | 1 |
| Sim | 131 (27,3) | 69 (52,7) | 62 (47,3) | | 2,57 (1,70-3,89) |
| IIC | | | | | |
| Não | 313 (65,3) | 96 (30,7) | 217 (69,3) | <0,001 | 1 |
| Sim | 166 (34,7) | 78 (47,0) | 88 (53,0) | | 2,00 (1,35-2,95) |
| Depressão* | | | | | |
| Não | 437 (91,2) | 146 (33,4) | 291 (66,6) | <0,001 | 1 |
| Sim | 42 (8,8) | 28 (66,7) | 14 (33,3) | | 3,98 (2,03-7,80) |
| Tratamento antes do ingresso | | | | | |
| Não | 268 (55,9) | 82 (30,6) | 186 (69,4) | 0,003 | 1 |
| Sim | 211 (44,1) | 92 (43,6) | 119 (56,4) | | 1,75 (1,20-2,55) |
| Tratamento depois do ingresso | | | | | |
| Não | 190 (39,7) | 49 (25,8) | 141 (74,2) | <0,001 | 1 |
| Sim | 289 (60,3) | 125 (43,2) | 164 (56,8) | | 2,19 (1,47-3,27) |
| Usou psicofármaco | | | | | |
| Não | 400 (80,9) | 142 (35,5) | 258 (64,5) | 0,20 | 1 |
| Sim | 69 (19,1) | 35 (38,9) | 55 (61,1) | | 1,40 (0,83-2,35) |

Tabela 5 – Distribuição das variáveis explanatórias, de acordo com ter ou não provável Transtorno de Ansiedade Social (TAS). (Continuação)

| Variáveis Quantitativas | Total | Provável TAS Média (DP) | Sem TAS Média (DP) | p | D de Cohen |
|--------------------------------|----------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Idade (anos) | 22,5 (2,6) | 22,6 (2,4) | 22,4 (2,7) | 0,29 ^a | 0,08 |
| Renda Mensal (SM)** | 15,9 (11,1) | 15,6 (11,8) | 16,2 (10,6) | 0,45 ^a | -0,05 |
| Gasto Mensal (SM) | 2,7 (1,1) | 2,7 (1,2) | 2,7 (1,0) | 0,66 ^a | 0 |
| BDI - escore | 9,1 (6,8) | 11,7 (7,8) | 7,6 (5,8) | <0,001^a | 0,60 |
| IMC | 23,0 (3,4) | 22,9 (3,4) | 23,0 (3,3) | 0,50 ^a | -0,03 |

Legenda – **Beck Depression Inventory* > 18 = depressão. **Dados faltantes de 47 estudantes; TAS: Transtorno de Ansiedade Social OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança; DP: Desvio Padrão; ^a = teste *Mann-Whitney*; IIC: Insatisfação com a Imagem Corporal; BDI: *Beck Depression Inventory*; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; IMC: Índice de Massa Corporal.

Tabela 5 – Distribuição dos escores médios dos fatores de Insatisfação da Imagem Corporal (BSQ), de acordo com ter ou não provável Transtorno de Ansiedade Social (TAS)

| Variáveis Quantitativas | Total | Provável TAS Média (DP) | Sem TAS Média (DP) | p | D de Cohen |
|--------------------------------|--------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------|
| BSQ - escore total | 74,9 (34,0) | 83,1 (32,2) | 70,3 (34,2) | <0,001^a | 0,38 |
| BSQ- Autopercepção | 55,3 (26,6) | 60,9 (25,0) | 52,0 (26,9) | <0,001^a | 0,33 |
| BSQ- Comparativa | 10,6 (5,5) | 12,5 (5,4) | 9,6 (5,3) | <0,001^a | 0,53 |
| BSQ- Atitude | 8,1 (4,1) | 8,8 (4,1) | 7,6 (4,1) | <0,001^a | 0,29 |
| BSQ- Graves Alterações | 2,5 (1,4) | 2,7 (1,5) | 2,4 (1,3) | 0,009^a | 0,21 |

Legenda: BSQ: *Body Shape Questionnaire*; IMC: Índice de Massa Corporal

3.4 Prevalência de sintomas de acordo com o Social Phobia Inventory (SPIN).

Quando observamos as questões mais pontuadas na escala SPIN, verificamos que o sintoma mais prevalente foi o medo de falar em público (23,4%), seguido de ficar muito assustado quando criticado (19,4%). Os demais itens podem ser observados na tabela 6, a seguir:

Tabela 6 – Prevalência dos medos sociais de acordo com a pontuação ≥ 3 (faixa de variação: 0-4) em cada item do *Social Phobia Inventory* (SPIN)

| Sintoma investigado (número da questão no SPIN) | N (%) |
|--|------------|
| Evito falar para uma plateia ou dar discursos (11) | 112 (23,4) |
| Fico muito assustado ao ser criticado (5) | 93 (19,4) |
| Faço qualquer coisa para não ser criticado (12) | 78 (16,3) |
| Tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado (14) | 76 (15,9) |
| Transpirar na frente das pessoas me incomoda (7) | 73 (15,3) |
| Evito atividades nas quais sou o centro das atenções (9) | 72 (15,0) |
| Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores (15) | 72 (15,0) |
| Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas (2) | 62 (12,9) |
| Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado (6) | 58 (12,1) |
| Evito falar com pessoas que não conheço (4) | 55 (11,5) |
| Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas (13) | 53 (11,1) |
| Tremer ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia (17) | 48 (10,0) |
| Evito ir a festas (8) | 41 (8,6) |
| Tenho medo de autoridades (1) | 24 (5,0) |
| Festas e eventos sociais me assustam (3) | 21 (4,4) |
| Conversar com estranhos me assusta (10) | 19 (4,0) |
| Evito falar com qualquer autoridade (16) | 12 (2,5) |

3.5 Transtorno de Ansiedade Social: Análise de regressão logística.

Na análise de regressão logística (RL) o desfecho “provável TAS” manteve-se associado com as seguintes variáveis: já pensou em abandonar o curso, dificuldade de fazer amigos, IIC, sintomas depressivos e tratamento psiquiátrico ou psicológico antes do ingresso na universidade.

Os resultados referentes a RL associados ao desfecho TAS podem ser observados na tabela 7, a seguir.

Tabela 7 – Regressão Logística de variáveis associadas ao desfecho “Provável Transtorno de Ansiedade Social”.

| | OR Brutas | OR Ajustadas |
|---|------------------|---------------------|
| Pensamento de abandonar o curso | 1,92 (1,31-2,80) | 1,53 (1,02-2,29) |
| Dificuldade de fazer amigos | 2,71 (1,79-4,10) | 2,08 (1,34-3,22) |
| Insatisfação com a Imagem Corporal | 2,00 (1,36-2,95) | 1,56 (1,03-2,36) |
| Depressão (BDI > 18) | 3,99 (2,04-7,80) | 2,78 (1,37-5,66) |
| Tratamento antes do ingresso | 1,75 (1,20-2,55) | 1,55 (1,04-2,31) |

Legenda: OR: Odds Ratio; BDI: Beck Depression Inventory.

*Outras variáveis incluídas no modelo de RL para TAS ($p < 0,25$ na análise bivariada): sexo, morar sozinho, estar desadaptado à cidade, insatisfação profissional, desempenho escolar regular ou ruim, sentimentos de rejeição, tratamento depois do ingresso e uso de psicofármaco.

3.6 Prevalência de Insatisfação com a Imagem Corporal na amostra e fatores associados.

Cento e sessenta e seis alunos (34,7%; IC95% 30,4 – 38,9%) apresentaram insatisfação com a Imagem Corporal (IIC) de nível leve, moderado ou grave, definida com escore superior a 80 no BSQ. Houve associação significativa com o sexo feminino, sendo que 78,9% dos casos de IIC foram de mulheres.

Os alunos insatisfeitos com a IC relataram com maior frequência: dificuldade em fazer amigos e sentimentos de rejeição. Além disso, tinham depressão (BDI > 18) mais frequentemente e maior procura por tratamento psicológico/psiquiátrico antes e depois do ingresso na faculdade.

A média do IMC foi significativamente mais alta (23,9; DP: 3,4) neste grupo, em relação ao grupo sem IIC (22,5; DP: 3,2; $p < 0,001$). Quando avaliada como variável quantitativa, a média geral no BSQ foi 34,6 (DP 21,7). Os demais resultados de medidas de tendência central e distribuição nas quatro subescalas ou domínios do BSQ estão dispostos na tabela 8:

Tabela 8 – Distribuição da pontuação geral e das subescalas do *Body Shape Questionnaire* (BSQ).

| BSQ | Média | (DP) | Mediana | (Variação) |
|-------------------------|--------------|-------------|----------------|-------------------|
| BSQ – Total | 75,0 | 34,0 | 66 | (34-192) |
| BSQ – Autopercepção | 55,2 | 26,5 | 48 | (22-132) |
| BSQ – Comparativa | 10,6 | 5,5 | 9 | (5-30) |
| BSQ – Atitudes | 8,0 | 4,1 | 7 | (5-26) |
| BSQ – Alterações graves | 2,5 | 1,4 | 2 | (2-12) |

Legenda: BSQ: *Body Shape Questionnaire*; DP: Desvio Padrão.

Os dados referentes às variáveis explanatórias associadas a este desfecho categorial (presença de IIC) na análise bivariada podem ser observados na tabela 9, a seguir.

Tabela 9 – Distribuição das variáveis explanatórias, segundo a presença ou ausência de Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC).

| Variáveis | Total | Com IIC | Sem IIC | p | OR (IC 95%) |
|--|----------------|----------------|----------------|------------------|-------------------------|
| Categóricas | (N=479) | N (%) | N (%) | | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 198 (41,3) | 35 (17,7) | 163 (83,3) | | 1 |
| Feminino | 281 (58,7) | 131 (46,6) | 150 (53,4) | <0,001 | 4,07 (2,63-6,28) |
| Mora sozinho | | | | | |
| Não | 315 (65,8) | 105 (33,3) | 210 (66,7) | | 1 |
| Sim | 164 (34,2) | 61 (37,2) | 103 (62,8) | 0,40 | 1,18 (0,79-1,75) |
| Desadaptado à cidade | | | | | |
| Não | 289 (60,3) | 95 (32,9) | 194 (67,1) | | 1 |
| Sim | 190 (39,7) | 71 (37,4) | 119 (62,6) | 0,31 | 1,21 (0,83-1,78) |
| Insatisfação profissional | | | | | |
| Não | 359 (75,0) | 125 (34,8) | 234 (65,2) | | 1 |
| Sim | 120 (25,0) | 41 (34,2) | 79 (65,8) | 0,09 | 0,97 (0,63-1,50) |
| Pensamento de abandonar o curso | | | | | |
| Não | 290 (60,5) | 92 (31,7) | 198 (68,3) | | 1 |
| Sim | 189 (39,4) | 74 (39,2) | 115 (60,8) | 0,09 | 1,38 (0,94-2,03) |
| Desempenho regular ou ruim | | | | | |
| Não | 251 (52,4) | 82 (32,7) | 169 (67,3) | | 1 |
| Sim | 228 (47,6) | 84 (36,8) | 144 (63,2) | 0,34 | 1,20 (0,82-1,75) |
| Dificuldade em fazer amigos | | | | | |
| Não | 349 (73,0) | 104 (29,8) | 245 (70,2) | | 1 |
| Sim | 129 (27,0) | 62 (48,1) | 67 (51,9) | <0,001 | 2,17 (1,44-3,30) |
| Sentimento de rejeição | | | | | |
| Não | 348 (72,7) | 104 (29,9) | 244 (70,1) | | 1 |
| Sim | 131 (27,3) | 62 (47,3) | 69 (52,7) | <0,001 | 2,10 (1,39-3,18) |
| Provável TAS | | | | | |
| Não | 305 (63,7) | 88 (28,8) | 217 (71,2) | | 1 |
| Sim | 174 (36,3) | 78 (44,8) | 96 (55,2) | <0,001 | 2,00 (1,36-2,95) |
| Depressão | | | | | |
| Não | 437 (91,2) | 140 (32,0) | 297 (68,0) | | 1 |
| Sim | 42 (8,8) | 26 (61,9) | 16 (38,1) | <0,001 | 3,44 (1,79-6,63) |
| Tratamento antes do ingresso | | | | | |
| Não | 268 (55,9) | 79 (29,5) | 189 (70,5) | | 1 |
| Sim | 211 (44,1) | 87(41,2) | 124(58,8) | 0,007 | 1,67 (1,14-2,45) |
| Tratamento depois do ingresso | | | | | |
| Não | 190 (39,7) | 48 (25,3) | 142 (74,7) | | 1 |
| Sim | 289 (60,3) | 118 (40,8) | 171 (59,2) | <0,001 | 2,04 (1,36-3,05) |
| Uso psicofármaco | | | | | |
| Não | 381 (80,9) | 123 (32,3) | 258 (67,7) | | 1 |
| Sim | 90 (19,1) | 40 (44,4) | 50 (55,6) | 0,02 | 1,67 (1,05-2,67) |

Tabela 9 – Distribuição das variáveis explanatórias, segundo a presença ou ausência de Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC). (Continuação).

| Variáveis Quantitativas | Total | Com IIC Média (DP) | Sem IIC Média (DP) | p | D Cohen |
|--------------------------------|--------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|----------------|
| Idade (anos) | 22,5 (2,6) | 22,6 (2,8) | 22,4 (2,5) | 0,73 | 0,08 |
| Renda Mensal (SM)* | 15,9 (11,1) | 16,5 (12,1) | 15,6 (10,5) | 0,53 | 0,08 |
| Gasto Mensal (SM) | 2,7 (1,1) | 2,8 (1,2) | 2,6 (1,1) | 0,28 ^a | 0,18 |
| BDI - escore total | 9,1 (6,8) | 12,1 (7,3) | 7,5 (6,0) | <0,001^a | 0,68 |
| SPIN – escore total | 15,5 (12,4) | 19,4 (13,3) | 13,5 (11,4) | <0,001^a | 0,48 |
| IMC | 23,0 (3,4) | 23,9 (3,4) | 22,5 (3,2) | <0,001^a | 0,41 |

Legenda: * Dados faltantes de 47 estudantes; IIC: Insatisfação com a Imagem Corporal. ^a: teste *Mann-Whitney*. DP: Desvio Padrão; SM: Salário Mínimo; BDI: *Beck Depression Inventory*; ; TAS: Transtorno de Ansiedade Social; IMC: Índice de Massa Corporal.

3.7 Insatisfação com a Imagem Corporal: regressão logística.

Utilizando-se a RL mantiveram-se associadas ao desfecho IIC as seguintes variáveis explanatórias: sexo feminino, sentimentos de rejeição, depressão, TAS provável e IMC. Os resultados referentes à RL associados ao desfecho IIC estão apresentados na tabela 10, abaixo:

Tabela 10 – Regressão Logística de variáveis associadas ao desfecho “Insatisfação com a Imagem Corporal”.

| | OR Brutas | OR Ajustadas |
|------------------------------------|------------------|---------------------|
| Sexo feminino | 4,07 (2,63-6,28) | 13,51 (7,25-25,17) |
| Dificuldade de fazer amigos | 2,18 (1,44-3,30) | 1,65 (1,01-2,72) |
| Depressão (BDI > 18) | 3,45 (1,79-6,63) | 2,69 (1,19-6,09) |
| TAS provável | 1,94 (1,32-2,86) | 1,84 (1,15-2,95) |
| IMC | 1,13 (1,07-1,20) | 1,38 (1,26-1,52) |

Legenda: OR: *Odds Ratio*; BDI: *Beck Depression Inventory*, TAS: Transtorno de Ansiedade Social; IMC: Índice de Massa Corporal.

*Outras variáveis incluídas no modelo de RL para IIC ($p < 0,25$ na análise bivariada), insatisfação profissional, já ter pensado em abandonar o curso, sentimentos de rejeição, tratamento antes e depois do ingresso e uso de psicofármaco.

3.8 Prevalência de Transtorno de Ansiedade Social, Insatisfação com a Imagem Corporal e Sintomas Depressivos em relação ao ano cursado.

Analisando-se a prevalência de provável TAS, IIC e sintomas depressivos de acordo com o ano do curso médico, pode-se observar que houve diferença significativa apenas em relação à depressão, mais frequente entre alunos do terceiro e quinto anos (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição da prevalência de Transtorno de Ansiedade Social, Insatisfação com a Imagem Corporal e Depressão em função da série do curso.

| Ano do Curso | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | p |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | |
| Escalas | | | | | | | |
| SPIN (TAS) | 34 (40,5) | 23 (32,9) | 32 (37,2) | 21 (28,0) | 29 (39,2) | 35 (38,9) | 0,58 |
| BSQ (IIC) | 24 (28,6) | 23 (32,9) | 36 (41,9) | 26 (34,7) | 29 (39,2) | 28 (31,1) | 0,46 |
| BDI (Depressão) | 1 (1,2) | 6 (8,6) | 14 (16,3) | 6 (8,0) | 10 (13,5) | 5 (5,6) | 0,009 |

Legenda: BDI: *Beck Depression Inventory*; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; SPIN: *Social Phobia Inventory*; TAS: Transtorno de Ansiedade Social; IIC: Insatisfação com a imagem corporal.

3.9 Prevalência dos desfechos combinados (Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação com a Imagem Corporal) na amostra e fatores associados.

Setenta e oito alunos (16,3%; IC95%: 13,0 – 19,6%) apresentaram ambos os diagnósticos, TAS e IIC. Na análise bivariada este desfecho combinado associou-se significativamente com sexo feminino, insatisfação profissional, pensamento de abandonar o curso, dificuldade fazer amigos, sentimento de rejeição, depressão, tratamento antes e depois do ingresso, menor idade, maior gravidade dos sintomas depressivos (BDI) e maior IMC.

Tais resultados estão dispostos a seguir, na tabela 12.

Tabela 62 – Distribuição das variáveis explanatórias em alunos com ambos desfechos: Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação com a Imagem corporal.

| <i>Variáveis Categóricas</i> | Total (N=479) | Ambos N (%) 78 (16,3%) | Nenhum N (%) 401 (83,7%) | p | OR (IC 95%) |
|--|----------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 198 (41,3) | 18 (9,1) | 180 (90,9) | | 1 |
| Feminino | 281 (58,7) | 60 (21,3) | 221 (78,7) | <0,001 | 2,71 (1,55-4,76) |
| Morar Sozinho | | | | | |
| Não | 315 (65,8) | 46 (14,6) | 269 (85,4) | | 1 |
| Sim | 164 (34,2) | 32 (19,5) | 132 (80,5) | 0,17 | 1,42 (0,86-2,33) |
| Desadaptado | | | | | |
| Não | 289 (60,3) | 40 (13,8) | 249 (86,2) | | 1 |
| Sim | 190 (39,7) | 38 (20,0) | 152 (80,0) | 0,07 | 1,56 (0,96-2,53) |
| Insatisfação profissional | | | | | |
| Não | 359 (74,9) | 50 (13,9) | 309 (86,1) | | 1 |
| Sim | 120 (25,0) | 28 (23,3) | 92 (76,7) | 0,01 | 1,88 (1,12-3,16) |
| Pensamento de abandonar o curso | | | | | |
| Não | 290 (60,5) | 37 (12,8) | 253 (87,2) | | 1 |
| Sim | 189 (39,5) | 41 (21,7) | 148 (78,3) | 0,01 | 1,89 (1,16-3,09) |
| Desempenho regular ou ruim | | | | | |
| Não | 251 (52,4) | 33 (13,1) | 218 (86,9) | | 1 |
| Sim | 228 (47,6) | 45 (19,7) | 183 (80,3) | 0,05 | 1,62 (0,99-2,65) |
| Dificuldade fazer amigos | | | | | |
| Não | 349 (73,0) | 38 (10,9) | 311 (89,1) | | 1 |
| Sim | 129 (27,0) | 40 (31,0) | 89 (69,0) | <0,001 | 3,68 (2,22-6,08) |
| Sentimento de rejeição | | | | | |
| Não | 348 (72,7) | 42 (12,1) | 306 (87,9) | | 1 |
| Sim | 131 (27,3) | 36 (27,5) | 95 (72,5) | <0,001 | 2,76 (1,67-4,56) |
| Depressão* | | | | | |
| Não | 437 (91,2) | 61 (14,0) | 376 (86,0) | | 1 |
| Sim | 42 (8,8) | 17 (40,5) | 25 (59,5) | <0,001 | 4,19 (2,14-8,21) |
| Tratamento antes do ingresso | | | | | |
| Não | 268 (55,9) | 33 (12,3) | 235 (87,7) | | 1 |
| Sim | 211 (44,1) | 45 (21,3) | 166 (78,7) | 0,009 | 1,93 (1,18-3,15) |
| Tratamento depois do ingresso | | | | | |
| Não | 190 (39,7) | 18 (9,5) | 172 (90,5) | | 1 |
| Sim | 289 (60,3) | 60 (20,8) | 229 (79,2) | 0,001 | 2,50 (1,43-4,39) |
| Usou psicofármaco | | | | | |
| Não | 400 (80,9) | 61 (15,2) | 339 (84,8) | | 1 |
| Sim | 69 (19,1) | 17 (24,6) | 52 (75,4) | 0,05 | 1,82 (0,98-3,35) |

Tabela 72 – Distribuição das variáveis explanatórias em alunos com ambos desfechos: Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação com a Imagem corporal (Continuação).

| Variáveis Quantitativas | Total | Ambos Média (DP) | Nenhum Média (DP) | p | D Cohen |
|--------------------------------|--------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------|
| Idade (anos) | 22,5 (2,6) | 22,9 (2,2) | 22,4 (2,6) | 0,04^a | 0,19 |
| Renda Mensal (SM)* | 15,9 (11,1) | 16,7 (13,5) | 15,8 (10,5) | 0,65 ^a | 0,08 |
| Gasto Mensal (SM) | 2,7 (1,1) | 2,8 (1,2) | 2,7 (1,1) | 0,75 ^a | 0,09 |
| BDI - escore total | 9,1 (6,8) | 13,7 (8,3) | 8,2 (6,2) | <0,001_a | 0,80 |
| IMC | 23,0 (3,4) | 24,0 (3,7) | 22,8 (3,2) | 0,008^a | 0,35 |

Legenda – *Beck Depression Inventory > 18 = depressão. **Dados faltantes de 47 estudantes; TAS: Transtorno de Ansiedade Social; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; DP: Desvio Padrão; ^a = teste Mann-Whitney; IIC: Insatisfação com a Imagem Corporal; BDI: Beck Depression Inventory; BSQ: Body Shape Questionnaire; IMC: Índice de Massa Corporal;

3.10 Transtorno de Ansiedade Social e Insatisfação com a Imagem Corporal (desfecho combinado): Análise de regressão logística.

Na análise de regressão logística mantiveram-se associados a este desfecho: sexo feminino, dificuldade de fazer amigos, insatisfação profissional, depressão e IMC (Tabela 13).

Tabela 13 – Variáveis que permaneceram associadas a ambos os desfechos “Provável TAS” e “Insatisfação com a Imagem Corporal” na análise de Regressão Logística.

| | OR Brutas | OR Ajustadas |
|-------------------------------------|------------------|---------------------|
| Sexo feminino | 2,71 (1,55-4,76) | 4,92 (2,51-9,64) |
| Insatisfeito com a profissão | 1,88 (1,12-3,16) | 1,99 (1,12-3,55) |
| Dificuldade de fazer amigos | 3,68 (2,22-6,08) | 2,86 (1,65-4,94) |
| Depressão (BDI > 18) | 4,19 (2,14-8,21) | 2,77 (1,30-5,91) |
| IMC | 1,10 (1,03-1,17) | 1,19 (1,10-1,30) |

Legenda: OR: Odds Ratio; BDI: Beck Depression Inventory; TAS: Transtorno de Ansiedade Social; IMC: Índice de Massa Corporal.

*Outras variáveis incluídas no modelo de RL para os desfechos combinados ($p < 0,25$ na análise bivariada): idade, morar sozinho, estar desadaptado à cidade, pensamentos de abandonar o curso, desempenho acadêmico regular ou ruim, sentimentos de rejeição, tratamento antes e depois do ingresso, e uso de psicofármacos.

Tabela 14 – Síntese dos resultados das análises de Regressão Logística.

| | Provável TAS 174 (36,3%) | IIC 166 (34,7%) | AMBOS 78 (16,3%) |
|--|------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Sexo feminino | NS | 13,51 (7,25-25,17) | 4,92 (2,51-9,64) |
| Pensamento de abandonar o curso | 1,53 (1,02-2,29) | NS | NS |
| Dificuldade de fazer amigos | 2,08 (1,34-3,22) | 1,65 (1,01-2,72) | 2,86 (1,65-4,94) |
| Insatisfação profissional | NS | NS | 1,99 (1,12-3,55) |
| Provável TAS | | 1,84 (1,15-2,95) | |
| IIC | 1,56 (1,03-2,36) | | |
| Depressão (BDI > 18) | 2,78 (1,37-5,66) | 2,69 (1,19-6,09) | 2,77 (1,30-5,91) |
| Tratamento antes do Ingresso | 1,55 (1,04-2,31) | NS | NS |
| Índice de Massa Corporal | NS | 1,38 (1,26-1,52) | 1,19 (1,10-1,30) |

Legenda: TAS: Transtorno de Ansiedade Social; IIC: Insatisfação com Imagem Corporal; NS: Não significativo.

3.11 Correlação entre os escores nas escalas de Transtorno de Ansiedade Social (SPIN) e Insatisfação com a Imagem Corporal (BSQ) em relação ao escore na escala de sintomas depressivos (BDI) e ao IMC: análise da gravidade.

Na análise de correlação entre variáveis quantitativas, a pontuação na SPIN (gravidade dos sintomas de TAS) associou-se positivamente com o escore da escala BDI (sintomas depressivos) e com o escore do BSQ (nível de IIC) e nas quatro subescalas de IIC (autopercepção, comparativa, atitudes e graves alterações); contudo, não se associou significativamente com o IMC. Já a pontuação no BSQ (nível de IIC) associou-se positivamente com o escore na SPIN (TAS), no BDI (sintomas depressivos) e com o IMC. Finalmente, a pontuação nas quatro subescalas do BSQ associou-se aos escores da SPIN (TAS), BDI (sintomas depressivos) e ao IMC.

Tabela 15 – Correlação entre os escores nas escalas de TAS (SPIN) e Insatisfação com a imagem corporal (BSQ) em relação aos escores na escala de sintomas depressivos (BDI) e ao índice de massa Corporal (IMC).

| | SPIN Escore (TAS) | BSQ Escore (IIC) | BDI Escore (Depressão) | IMC |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|------------|
| SPIN - Escore total (TAS) | ———— | | 0,37** | -0,06 |
| SPIN - Inadequação Social | ———— | 0,20** | 0,27** | -0,002 |
| SPIN - Autoestima | ———— | 0,35** | 0,39** | -0,04 |
| SPIN - Sintomas Fisiológicos | ———— | 0,28** | 0,27** | -0,05 |
| SPIN – Inferioridade | ———— | 0,16** | 0,17** | -0,17** |
| SPIN – Desempenho | ———— | 0,23** | 0,29** | -0,06 |
| BSQ - Escore total (IIC) | 0,32** | ———— | 0,43** | 0,23** |
| BSQ - Auto percepção | 0,27** | ———— | 0,39** | 0,25** |
| BSQ - Comparativa | 0,39** | ———— | 0,47** | 0,12* |
| BSQ - Atitudes | 0,28** | ———— | 0,40** | 0,24** |
| BSQ - Graves Alterações | 0,18** | ———— | 0,15* | 0,27** |

Legenda: SPIN: *Social Phobia Inventory*; BDI: *Beck Depression Inventory*; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; IMC: Índice de Massa Corporal; TAS: Transtorno de Ansiedade Social; IIC: Insatisfação com a Imagem Corporal; *p< 0,01; **p<0,001.

Teste de correlação de postos de Spearman.

Discussão

4 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo brasileiro a estimar a prevalência e a gravidade de sintomas sugestivos de Transtorno de Ansiedade Social (TAS) e Insatisfação com a Imagem Corporal (IIC) em estudantes de medicina, assim como fatores associados a estes dois desfechos, incluindo características sociodemográficas, sintomas depressivos, tratamento psicológico/psiquiátrico e aspectos da vida acadêmica dos alunos. Além disso, os desfechos foram avaliados também de modo combinado (estudantes que apresentavam TAS e IIC). Foram utilizados instrumentos de avaliação validados em nosso meio e a taxa de resposta foi alta (88,1%).

4.1 Características Gerais da Amostra

A amostra foi composta predominantemente por mulheres (58.7%), dado que reflete a 'feminização' do curso médico, uma das mudanças de maior impacto sobre a profissão nos últimos anos (ÁVILA, 2014). Esta transição de gênero nos cursos de medicina iniciou-se nos anos 70 e acelerou-se na última década do século XXI, tornando-se um fenômeno global (ÁVILA, 2014). De acordo com dados do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (2010), as mulheres são maioria entre os profissionais jovens na cidade de São Paulo. Segundo Scheffer e Cassenote (2013), o aumento da participação da mulher na atuação médica é mais um componente da transição epidemiológica, demográfica e cultural, do crescimento de demandas e necessidades da saúde pública e do maior acesso da mulher à educação e ao mercado de trabalho. Outros estudos corroboram o predomínio de mulheres nos últimos anos nas escolas médicas brasileiras (COSTA-MACEDO et al., 2003; MILLAN, 2005; FIOROTTI et al., 2007; NORONHA et al., 2014) e internacionais (DHALLA et al., 2002; HOOVER, 2005).

A faixa etária predominante foi a dos 19 aos 25 anos (idade média de 22,5 anos) e quase todos (99,0%) se declararam solteiros e residiam com amigos (58,0%) ou sozinhos (35,3%). Nível superior completo foi relatado por 74,4% dos pais e 69,0% das mães dos alunos, indicando bom nível de escolaridade familiar. Da mesma forma, a renda média informada foi relativamente alta, de 15,9 salários mínimos, considerando-se o salário mínimo de R\$ 545,00 reais vigente à época da pesquisa, ano de 2011 (BRASIL, lei nº 12.382, 2011) e gasto mensal médio de quase

três salários mínimos, indicando rendimentos bem superiores àqueles da população brasileira em geral, inclusive da região sudeste (IBGE, 2010).

Quanto à atividade profissional, predominou a dedicação exclusivamente às atividades acadêmicas (95,6%), característica comum neste curso, em virtude de ser bastante exigente, longo e com carga horária integral, em geral impossibilitando a realização de atividades remuneradas, o que mantém a maioria dos estudantes dependentes financeiramente dos pais durante toda a formação (COSTA-MACEDO et al., 2003; LIMA et al., 2006; FIOROTTI et al., 2007). Interessante notar que, 44,1% dos alunos recebiam alguma bolsa de estudos ou pesquisa, indicando boas oportunidades de acesso a esse tipo de benefício durante a graduação.

Ainda que haja diferenças metodológicas é possível comparar os resultados do presente estudo com outras pesquisas realizadas em escolas médicas. Assim, as características sociodemográficas foram semelhantes às encontrados no estudo de Fiorotti et al. (2007) que traçou o perfil de 229 estudantes de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, cujos resultados mostraram também predomínio de jovens solteiros (98,7%), com pais com nível superior completo de escolaridade (65%), renda familiar relativamente alta (57,2% acima de R\$ 5.000,00 à época) e atividades extracurriculares relatadas por 88,6% dos estudantes. No entanto, naquela universidade em Vitória (ES) a maioria residia com os pais (67,7%), situação de apenas 3,5% dos estudantes da FMB, provavelmente por esta estar situada em uma cidade do interior paulista. O estudo de Ferreira et al. (2000), avaliando o perfil socioeconômico de 296 alunos somente do 5º período e 262 do internato da Universidade Federal de Minas Gerais também descreveu renda familiar elevada (entre 10 e 30 salários mínimos) e escolaridade paterna correspondente ao ensino superior completo para 50% dos estudantes. O estudo de Amaral et al. (2008), realizado com 287 estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Goiás, também obteve predomínio do sexo feminino (54,3%), idade média semelhante (21,3 anos) e apenas três estudantes casados. Em termos de moradia, os dados diferiram dos nossos, pois nesta outra capital de Estado (Goiânia), $\frac{3}{4}$ da amostra residiam com familiares: 71,8% com pais e irmãos e 5,3% com avós ou tios e apenas 11,5% em repúblicas ou sozinhos (6,3%). O estudo de Rezende et al. (2008), realizado na Universidade Federal de Uberlândia (MG) com amostra de 400 estudantes de medicina, também obteve predomínio de mulheres (56%) e de jovens solteiros (96%), mas 57,2% moravam com os pais, 19,5% em pensionato, hotel ou

república, 13,2% com outros familiares, 7% sozinhos e apenas 2,75% com o cônjuge. Portanto, morar com amigos ou sozinhos é uma característica mais comum entre os estudantes da FMB, que se situa em uma cidade pequena do interior do Estado de São Paulo.

Quanto às características relacionadas ao curso, 74,8% dos estudantes afirmaram estar totalmente satisfeitos com a escolha profissional, sendo a autoavaliação do desempenho escolar boa em 47,6% dos casos e regular em 36,9% deles. O pensamento de abandonar o curso já havia ocorrido para 32,4% dos estudantes e 7,1% deles ainda pensavam em abandonar o curso. Quanto à adaptação à cidade, 60,5% referiram estar totalmente adaptados e 36,7%, parcialmente adaptados. Mais que $\frac{1}{4}$ dos estudantes (26,9%) revelou ter dificuldades para fazer amigos e 27,3% sentiram-se rejeitados pelos colegas no ano anterior à pesquisa. Em estudo prévio realizado com os estudantes do internato da mesma escola desta pesquisa (GAVIOLI et al., 2009), muitos alunos também referiram dificuldades para fazer amigos (30%), sentimentos de rejeição (28,3%) e quase 20% referiram insatisfação com o convívio grupal neste período da formação (5º e 6º anos). Ressalte-se que a escolha profissional é realizada precocemente, ainda na adolescência, o que pode levar a uma escolha idealizada e imatura (CASSEB, 2007) e o estudante, ao se deparar com a realidade das exigências da formação médica, pode ter esta escolha fragilizada, chegando a considerar o abandono do curso. Somado a isso, grande parte dos estudantes é procedente de outras cidades, algumas vezes bem distantes, e frequentemente necessita abdicar do convívio familiar e do convívio com os amigos da adolescência durante a graduação. Assim, sua rede de apoio social nesta fase diminui, pelo menos temporariamente, o que pode dificultar sua permanência no curso, por se sentirem inseguros e com sofrimento mental (LIMA et al., 2006; NEVES; DALGALARRONDO, 2007; TRENCH, 2011).

Características relacionadas ao curso também foram investigadas por Fiorotti et al. (2007), tais como autoavaliação do desempenho acadêmico, considerado bom ou excelente por 72,5% dos estudantes, e pensamento de abandonar o curso, presente em maior proporção em comparação aos estudantes desta amostra, sendo que 42,4% já tinham pensado e 16,5% ainda pensavam. Os autores destacaram que as queixas psicossociais se associaram com transtorno mental comum, e que

possivelmente fatores pré-existentes ao ingresso na universidade têm impacto sobre o sofrimento mental dos estudantes (FIOROTTI et al., 2010).

A prevalência de sintomas depressivos moderados ou graves (BDI > 18: 8,8%, IC 95% 6,2-11,13%) encontrada revelou-se abaixo da prevalência descrita na maioria dos estudos com estudantes de medicina de outros países (AKTEKIN et al., 2001; DAHLIN et al., 2005; TJIA et al., 2005; DYRBYE et al., 2006; GOEBERT et al., 2009). Infere-se que esta prevalência menor deva-se ao valor alto do ponto de corte utilizado, maior que 18 pontos, o que indica, para este instrumento, sintomas depressivos relevantes.

No estudo de TJIA et al. (2005), a prevalência de sintomas depressivos foi de 15,2% em 322 alunos do primeiro ao quarto ano de uma universidade privada nos Estados Unidos, porém o ponto de corte da BDI utilizado foi ≥ 8 , incluindo sintomas leves. Dentre os alunos com sintomas depressivos, 14% apresentavam sintomas graves e apenas 26,5% destes já tinham procurado tratamento, indicando certo estigma em relação a isso, mesmo entre profissionais da saúde (TJIA et al., 2005). Já o estudo coreano que estimou a prevalência de depressão através do MINI-PR (DSM-IV) em sete mil estudantes de todas as escolas médicas daquele país (ROH et al., 2010) encontrou prevalência atual de 2,9%, 6,5% no ano e 10,3% na vida. Os fatores de risco associados à depressão no ano anterior foram: ser mulher, estar no início do curso, morar sozinho e ter dificuldades financeiras (ROH et al., 2010). Um estudo realizado com 1.958 estudantes de medicina mexicanos do primeiro ao quarto ano encontrou prevalência de 36% de sintomas depressivos através da BDI (ponto de corte 10), que foi reduzida para 25% num seguimento de dois anos, após intervenção psicoeducativa (MELO-CARRILLO et al., 2012).

Dentre os estudos brasileiros, Rezende et al. (2008) subdividiram os escores da BDI da seguinte forma: 4-7 (leve); 8-15 (moderado); 16 ou mais (grave) e identificou 79% dos estudantes com sintomas depressivos, sendo 29% com sintomas depressivos leves, 31% moderados e 19% graves. Já Amaral et al. (2008) identificaram 26,8% de sintomas depressivos, também de acordo com a BDI, sendo 19,9% sintomas leves e 6,9% moderados a graves. Os autores encontraram prevalência entre as mulheres de 33,5% e entre os homens de 19%, diferença não significativa estatisticamente. A média do escore na BDI, porém, foi significativamente mais alta ($p < 0,001$) entre indivíduos do sexo feminino (8,46) do que masculino (5,39) (AMARAL et al., 2008). Com relação ao tratamento para estes

sintomas 8,1% disseram já tê-los feito antes do ingresso na faculdade e 7% afirmaram ter tido os sintomas somente após o ingresso no curso e 6,3% relataram estar em tratamento no momento da pesquisa; contudo, os autores não especificaram se tratamento psicológico, psiquiátrico ou ambos. A média do escore do BDI foi significativamente maior quando comparada com a daqueles que não estavam em tratamento (16,50 versus 6,41) (AMARAL et al., 2008).

Quando analisamos por ano do curso, encontramos sintomas depressivos mais frequentes no terceiro e quinto anos ($p = 0,009$), com prevalência de 16,3% e 13,5%, respectivamente. A pesquisa de Amaral et al. (2008) revelou maior prevalência destes sintomas do segundo para o terceiro (49,2%) e o quarto ano do curso (32,7%). Os autores inferiram como possíveis fatores para este achado a entrada dos estudantes no hospital, com contato mais direto com pacientes graves e com a morte; a alta exigência das disciplinas teórico-práticas, que os obriga ao maior número de horas de estudo; fadiga; exigência de participação em atividades médicas extracurriculares, como as ligas acadêmicas; e às disputas por melhores colocações em serviços ou atividades acadêmicas, fatores descritos também por outros autores (ENNS et al., 2001; PORCU et al., 2003; DAHLIN et al., 2005; DYRBYE et al., 2005; AMARAL et al., 2008).

Alguns estudos brasileiros encontraram relação entre sintomas depressivos e o internato. No estudo de Costa et al. (2012), 40,5% dos internos da Universidade Federal de Sergipe apresentaram sintomas depressivos, sendo que 1,2% tinham sintomas graves. Na análise multivariada, estes autores (COSTA et al., 2012) encontraram associações entre sintomas depressivos e pensamento de abandonar o curso (OR 6,24; $p = 0,002$), tensão emocional (OR 7,43; $p = 0,0004$) e desempenho acadêmico regular (OR 4,74; $p = 0,0001$). No estudo de Baldassin et al. (2008), o período do internato correspondeu aos maiores escores do BDI em comparação tanto o ciclo básico quanto intermediário ($p < 0,001$). Destacaram os autores que as manifestações afetivas, cognitivas e somáticas do BDI também foram mais intensas na amostra e que os fatores associados foram ser mulher, ter um dos pais médico e estar no internato.

No presente estudo, 30,1% dos estudantes realizaram tratamento psicológico antes e 35,7% após o ingresso, enquanto 3,8% realizaram tratamento psiquiátrico antes e 8,6% após o ingresso na universidade. Já em relação ao uso de psicofármaco, 19% dos estudantes referiram uso atual ou anterior. No estudo de

Rezende et al. (2008) os achados foram semelhantes: 24% já tinham realizado tratamento psicológico e 4% estavam fazendo, (sendo a grande maioria de mulheres) e 5,2% já tinha realizado tratamento psiquiátrico e apenas 1,2% estavam fazendo. É importante destacar que a FMB – Unesp possui o Serviço de Apoio Psicológico ao Estudante (SEAPES), voltado ao atendimento psicológico e psiquiátrico dos alunos de medicina e enfermagem, composto por uma psiquiatra e três psicólogos. Esta iniciativa tem sido cada vez mais propagada nas escolas médicas, em função da necessidade e importância de assistir o estudante em possíveis situações estressantes e quadros psicopatológicos durante a sua formação (BELLODI, 2007; MILLAN; ARRUDA, 2008).

4.2 Transtorno de Ansiedade Social: Prevalência e fatores associados

Nesta amostra, encontrou-se alta prevalência de provável TAS (36,3%, IC 95% 32,0 – 40,6%), semelhante à descrita por Mustafa et al. (2014) em 1659 universitários dos cursos Científico e de Humanidades da Jordânia (30,6%), também através da SPIN. É importante destacar, no entanto, que a SPIN é um instrumento de rastreio para TAS, o que pode justificar a taxa superior à de estudos que utilizaram instrumentos diagnósticos. O estudo brasileiro de Baptista et al. (2011), que investigou a prevalência de TAS em 2.319 universitários de diferentes cursos, incluindo medicina, obteve prevalência menor, de 20,6%. No entanto, o rastreamento inicial foi realizado através da Mini-SPIN (pontuação ≥ 6 apenas nos itens 6, 9 e 15 da SPIN). Na etapa seguinte de confirmação diagnóstica de TAS, através do módulo de ansiedade da SCID-IV, obteve-se prevalência de 11,6% (BAPTISTA et al., 2011). O estudo de Iziç et al. (2004), investigando TAS em universitários de diversos cursos através do *Diagnostic Interview Schedule-III-Revised* (DIS-III-R), obteve prevalência de TAS de 9,6% na vida e 7,9%, no ano. Resultados semelhantes foram encontrados por Bella et al. (2009) em 413 universitários nigerianos de vários cursos: 9,4% de TAS na vida e 8,5% no ano. Tillfors e Furmark (2007) investigaram a prevalência de sintomas fóbico-sociais em 523 estudantes suíços dos cursos de ciências naturais e técnicas, pedagogia, ciências sociais e humanísticas, através do *Social Phobia Screening Questionnaire* (SPSQ) e encontraram prevalência de 16,1%. Na Austrália, a prevalência de TAS, identificada através da MINI-SPIN, foi semelhante à encontrada no presente estudo:

30% de uma amostra de 666 estudantes universitários de diversos cursos (WILSON, 2005). Em Oman, pesquisadores encontraram prevalência ainda maior de TAS (54,2%) entre 480 estudantes (AL-HINAI et al., 2006), através da entrevista estruturada WMH-CIDI. Finalmente, a pesquisa com 571 universitários espanhóis encontrou 19,6% destes com escore positivo (> 60) para TAS através da escala *Liebowitz Social Anxiety Scale* (BINELLI et al., 2012).

Com relação aos aspectos avaliados pelas subescalas da SPIN, observou-se que no grupo com “provável TAS” os indicadores de autoestima, sintomas fisiológicos e desempenho revelaram as maiores médias. Tais sintomas são bem característicos dos portadores de TAS, que sofrem com medo excessivo da avaliação alheia negativa, de se comportarem de maneira que sejam vistos como ridículos, e que têm dificuldades de interação social com pessoas pouco familiares. Tais aspectos são ressaltados na revisão de Furmark (2000) e estão contidos na descrição dos manuais diagnósticos (DSM-IV e CID-10). Note-se que a questão mais pontuada na escala SPIN foi: *“Evito falar para uma plateia ou dar discursos”* (23,4%), assim como tem sido relatado na literatura (STRAUSS; LAST, 1993; KESSLER et al., 1998; BELLA et al., 2008; BAPTISTA et al., 2011), seguido da questão: *“Fico muito assustado ao ser criticado”* (19,4%) e *“Faço qualquer coisa para não ser criticado”* (16,3%). Estes medos podem prejudicar a formação do aluno de medicina, visto o ambiente acadêmico de grande exigência e competição, com grande volume de informações para assimilar e parte da avaliação de desempenho envolver apresentações de seminários e provas práticas, ou seja, frequentes exposições sociais. Somados à exigência do curso, traços de personalidade perfeccionista podem aumentar o sofrimento do aluno, que se exige não falhar (CATALDO NETO et al., 1998).

Os estudantes com pensamentos de abandonar o curso apresentaram chance 53% maior de ter TAS, dado semelhante ao encontrado no estudo de Stein et al. (2000), em que as pessoas com TAS foram duas vezes mais propensas a relatar interferência na educação e abandono da escola em função das dificuldades sociais encontradas. O estudo de Ameringen et al. (2003) investigou 201 pacientes com idades entre 18 e 65 anos e diversos transtornos de ansiedade (TAS, transtorno de pânico/agorafobia, TOC, fobia específica, TEPT e tricotilomania), sendo que TAS correspondeu a 23,9% da amostra, com média de início aos 11,4 anos. Os autores utilizaram uma entrevista estruturada (SCID-DSM-IV) e o *“School Questionnaire”*,

desenvolvido para determinar retrospectivamente o grau em que os transtornos de ansiedade podem afetar o desempenho escolar e/ou a saída prematura da escola. Do total de pacientes, 49% relataram abandono escolar precoce, dos quais 24% indicaram que a ansiedade foi a principal razão para esta decisão. Os pacientes que abandonaram a escola prematuramente foram significativamente mais propensos a ter um diagnóstico de TAS na vida, assim como a apresentar histórico de abuso/dependência de álcool. Entre as principais razões apontadas pelos pacientes para o abandono escolar prematuro 22,4% referiram sentirem-se muito nervosos na escola ou na classe e 16,9% relataram problemas para falar na frente da classe (16,9%).

Quanto aos relacionamentos interpessoais, os estudantes com provável TAS relataram maior dificuldades em fazer amigos (OR: 2,08; IC95% 1,34-3,22), dado semelhante ao descrito por Rodebaugh (2009) em trabalho de análise de dois grandes estudos populacionais, a saber: *National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)* e *National Survey of American Life (NSAL)*, em que o TAS foi a única categoria diagnóstica associada à pior qualidade nas relações de amizade.

A associação entre provável TAS e IIC, os desfechos principais deste estudo, permaneceu significativa na regressão logística (OR: 1,56; IC95%1,03-2,36), resultado semelhante ao descrito por Liao et al. (2010) em estudo realizado com estudantes de medicina chineses. Nesse estudo (LIAO et al., 2010), entre os estudantes do sexo masculino, TAS permaneceu associado a atitudes alimentares disfuncionais e à preocupação com a forma e tamanho dos músculos, enquanto entre as estudantes do sexo feminino manteve associação com preocupações com a forma corporal e atitudes alimentares disfuncionais. De acordo com Izgiç et al. (2004), em estudo com 1003 universitários da Turquia, os estudantes com TAS apresentaram pior autoestima e maior distorção da imagem corporal do que os estudantes sem TAS. Destacaram ainda que as pessoas com TAS podem sofrer de baixa autoestima e sua autoavaliação frequentemente tem um viés negativo, o que, conseqüentemente, aumenta a insatisfação pessoal, principalmente com a autoimagem. Entre as razões descritas para este dado, os autores destacaram que possivelmente aqueles com maior nível de IIC podem refletir a insatisfação com seus corpos em seus relacionamentos, estabelecendo assim menos relações sociais (IZGIÇ et al., 2004). Note-se que neste estudo, quando avaliada quantitativamente, a pontuação média no BSQ foi também significativamente maior no grupo “provável

TAS” do que naqueles sem TAS. Da mesma forma, a pontuação na SPIN foi mais alta no grupo com algum grau de IIC, indicando uma associação significativa entre os dois desfechos, que se manteve nas análises de regressão logística (considerando-se os dois desfechos de modo dicotômico).

O fator que se manteve mais fortemente associado com “provável TAS” na regressão logística foi depressão (BDI > 18). Assim, estudantes com sintomas depressivos relevantes tiveram quase três vezes mais chances de apresentar “provável TAS” (OR: 2,78; IC 95% 1,37-5,66), possivelmente aumentando o sofrimento e a incapacidade associados a este transtorno. Os nossos achados estão de acordo com outros estudos, que descrevem associação entre TAS e depressão (WEILLER et al., 1996; STEIN; KEAN, 2000; BELLA et al., 2009). Bella et al. (2008) encontraram que universitários que sofrem de TAS são duas vezes mais propensos a apresentar sintomas depressivos que aqueles que não sofrem. A amostra do estudo constituiu-se de estudantes de vários cursos, a saber: Ciências, Artes, Ciências Sociais, Medicina, Direito, Tecnologia, Agricultura, Medicina Veterinária e Educação. Os cursos com maior representatividade foram Ciências (25,7%) e Medicina (20,6%); contudo, não houve associação específica entre TAS e o tipo de curso. Weiller et al. (1996) relataram que os pacientes com TAS tinham duas vezes mais chances de ter comorbidade com depressão e que, em 75% dos indivíduos que tinham esta comorbidade, o TAS precedeu os sintomas depressivos.

Por fim, houve associação na regressão logística entre provável TAS e tratamento psicológico ou psiquiátrico antes do ingresso na universidade (OR: 1,55; IC95% 1,04-2,31). Este achado indica indiretamente que o sofrimento associado aos sintomas de ansiedade social são relevantes e precoces, aumentando a busca por ajuda profissional na adolescência.

4.3 Insatisfação com a Imagem Corporal: Prevalência e fatores associados

Em alguns estudos sobre insatisfação com a imagem corporal (IIC), a população de estudantes universitários era exclusivamente feminina (CANSEVER et al., 2003; BOSI et al., 2006; COSTA; VASCONCELOS, 2010; RODGERS et al., 2010; GARCIA et al., 2011; BOSI et al., 2014). Assim, por exemplo, um estudo comparando 98 alunas de medicina e 97 de educação física de uma universidade particular do Rio de Janeiro (GARCIA et al., 2011) revelou que as primeiras

apresentaram escores significativamente maiores no BSQ (84,1 vs. 70,6). Segundo Conti et al. (2005), *“os fatores sociais, influências socioculturais, pressões da mídia e a busca incessante por um padrão de corpo ideal associado às realizações e felicidade estão entre as causas das alterações da percepção da imagem corporal, gerando insatisfação em especial para indivíduos do sexo feminino”*.

A prevalência de IIC nesta amostra, composta por homens e mulheres, foi de 37,4% (IC95% 30,4 – 38,9%), bem semelhante à descrita por Liao et al. (2010) em estudantes de medicina na China (32,5%) e em nosso país por Moreira et al. (2005), na Bahia (35,6%). Taxa ainda maior foi relatada por Garcia et al. (2011): 47% dos estudantes de medicina do Rio de Janeiro e por Costa e Vasconcelos (2010) em 220 universitárias de Florianópolis - SC (47,3%), porém com amostra exclusivamente feminina e de diversos cursos superiores. Por outro lado, alguns autores obtiveram prevalência menor, como BOSI et al. (2014) em 189 alunas de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (27,7%) e MIRANDA et al. (2012) em 535 universitários/as da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG distribuídos entre as áreas da saúde, humanas e exatas (10,1%).

Alguns estudos internacionais indicam taxas de prevalência de IIC também bastante altas. O estudo de Taqui et al. (2008), realizado com 156 estudantes de medicina de uma universidade paquistanesa revelou que 78,8% deles estavam insatisfeitos com algum aspecto de sua aparência física. Bohne et al. (2002b) investigaram a prevalência de IIC em 101 universitários americanos de psicologia e encontraram 74,3% deles preocupados com sua IC. Na Turquia, 48,3% das 430 estudantes do curso de enfermagem se disseram insatisfeitas com a aparência (CANSEVER et al., 2003). O estudo de Rodgers et al. (2010), realizado com 200 universitárias de diversos cursos (47% - psicologia) na França, encontrou 80,5% com IIC, medida através da versão breve do BSQ. No entanto, a presente amostra incluiu estudantes de ambos os sexos, o que pode justificar prevalência menor do que a descrita em amostras exclusivamente femininas.

Assim, da mesma forma que neste estudo, diversos autores relataram associação entre IIC (ou maior pontuação nos instrumentos de avaliação utilizados) e sexo feminino em universitários (MOREIRA et al., 2005; DI PIETRO; SILVEIRA, 2008; TAQUI et al., 2008; RODGERS et al., 2010; MIRANDA et al., 2012). No estudo de Moreira et al. (2005), por exemplo, entre 163 estudantes do primeiro ano de medicina em Salvador (BA) 50% das mulheres e 21,3% dos homens tinham algum

grau de IIC ($p < 0,001$). Outro estudo brasileiro (SP) que avaliou IIC em 164 estudantes de medicina através do escore do BSQ encontrou média (74,2) semelhante à que obtivemos (74,9), sendo 89,7 entre as mulheres e 58,7 entre os homens, diferença significativa (Di PIETRO & SILVEIRA, 2009). Na literatura internacional, dos 260 estudantes investigados numa universidade no Irã, as alunas revelaram significativamente maior preocupação com a IC (85.57 ± 5.60) do que os homens (56.16 ± 4.54) medida através do *Body Image Concern Inventory* (AKBARBEGLOO et al., 2010).

A associação entre IIC e TAS também foi investigada por outros autores (IZGIÇ et al., 2004; LIAO et al., 2010; RODGERS et al., 2010). Rodgers et al. (2010) concluíram que as alunas com níveis elevados de ansiedade social, também avaliada através da SPIN, podem ser mais vulneráveis à pressão da mídia em relação aos ideais de imagem corporal. Segundo IZGIÇ et al. (2004), pessoas com TAS frequentemente têm baixa autoestima, são insatisfeitas consigo mesmas e com seus corpos, o que afetaria negativamente suas relações sociais. É interessante destacar que 'dificuldade de fazer amigos', que é um aspecto bastante característico do TAS, também se associou independentemente com IIC no presente estudo.

Em relação à associação entre IIC e depressão, o estudo de Bohne et al. (2002a,b) revelou que estudantes insatisfeitos com a autoimagem apresentam mais sintomas depressivos associados e baixa autoestima. Da mesma forma, depressão associou-se a IIC no estudo de Liao et al. (2010). Rodgers et al. (2010) enfatizaram que os sintomas depressivos assim como sintomas ansiosos, são associados à IIC também em populações não-clínicas.

A relação entre IIC e IMC é um achado consistente na literatura, e as pesquisas apontam uma relação direta entre estas variáveis, ou seja, quanto maior o IMC, maior a IIC (JAEGER et al., 2002; MOREIRA et al., 2005; BOSI et al., 2006; DIPIETRO; SILVERIO, 2009; RODGERS et al., 2010; ALVARENGA et al., 2010; COSTA E VASCONCELOS, 2010; GARCIA et al., 2011; MIRANDA et al., 2012; BOSI et al., 2014). O estudo de Bosi et al. (2014) encontrou associação entre o valor do IMC e a pontuação do BSQ. Moreira et al. (2005) revelaram que as mulheres com IMC normal tiveram pontuação significativamente maior no BSQ, quando comparadas às mulheres com IMC baixo. Costa e Vasconcelos (2010) encontraram associação entre IIC, IMC e a prática de dietas de emagrecimento, o que sugere procura das universitárias por perda de peso corporal, ou pelo desejo de melhorar a

saúde ou para atender a padrões pessoais ou sociais de beleza. Os autores ressaltaram que este dado merece atenção, uma vez que a IIC e as práticas alimentares restritivas estão entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar. Portanto, há uma relação importante entre IIC e o desenvolvimento de transtornos alimentares, que também têm sido objetos de investigação em populações de estudantes universitários, tanto por pesquisadores brasileiros (OLIVEIRA, et al., 2003; BOSI et al., 2008; CAMARGO, 2008; LAUS, et al., 2009; BOSI et al., 2009; LEGNANI et al., 2012; CARVALHO, et al., 2013; BOSI, et al., 2014) quanto de outros países (JAEGER, et al., 2002; SEPÚLVEDA et al., 2007; FIDAN et al., 2010; LIAO et al., 2010; BALHARA, et al., 2012).

Um construto diagnóstico bastante relacionado à IIC e objeto de alguns estudos entre universitários (BOHNE et al., 2002a; BOHNE et al., 2002b; CANSEVER et al., 2003; TAQUI et al., 2008; LIAO et al., 2010) é o transtorno dismórfico corporal (TDC), cuja característica clínica essencial é uma preocupação excessiva com algum defeito mínimo ou inexistente na aparência física, que gera sofrimento e prejuízo no funcionamento social ou ocupacional e demais limitações em domínios importantes da vida do indivíduo (APA, 2013). Diferentemente da IIC, em que o indivíduo se queixa da forma/tamanho corporal, no TDC a pessoa identifica defeito em partes específicas do corpo, principalmente a face (nariz, boca, queixo, orelhas, etc.) e realiza frequentes checagens no espelho para verificar repetidamente o suposto defeito. Isto pode interferir sobremaneira na rotina do indivíduo, impactando áreas importantes, como vida profissional, social e afetiva. De acordo com Savoia (2000), o TDC pode se sobrepor ao TAS com relação a alguns aspectos comportamentais. Gunstad e Phillips (2003), em estudo realizado com adultos com TDC (DSM-IV), encontraram associação significativa com TAS, que geralmente antecedia o TDC, diferentemente da depressão, que na maior parte das vezes se desenvolveria após o TDC. Contudo, aqueles que sofrem de TDC estão mais preocupados com sua aparência e a possível feiúra que os outros possam perceber, enquanto que pessoas com TAS temem avaliação de desempenho ou de se comportarem inadequados em situações sociais. Bohne et al. (2002b), por exemplo, estimaram a prevalência de TDC em universitários americanos (82,2% mulheres, curso de psicologia), encontrando 74,3% deles preocupados com algum defeito na aparência, dos quais 35,6% relataram sentirem-se 'gordos' ou 'não

magros o suficiente'. Os fatores associados a este último desfecho foram: autoestima baixa, sintomas depressivos, ansiosos e transtorno obsessivo-compulsivo (BOHNE et al., 2002b). Entre estudantes de medicina, Taqui et al. (2008) identificaram TDC em 5,8% e Liao et al. (2010), prevalência de 1,3%. No entanto, no presente estudo investigamos apenas IIC, que é um construto bastante relacionado ao TDC, porém distinto.

4.4 Prevalência e fatores associados a ambos os desfechos combinados (TAS e IIC).

Os desfechos TAS e IIC analisados em conjunto, na regressão logística, se associaram com sexo feminino, dificuldade de fazer amigos, insatisfação com a profissão, depressão (BDI > 18) e IMC. Apenas um estudo prévio (LIAO et al., 2010) avaliou esses dois desfechos em estudantes de medicina, porém este é o primeiro estudo a analisá-los também de modo combinado nesta população. De modo geral, os resultados desta pesquisa indicam que a preocupação com a avaliação alheia, seja em relação às habilidades sociais ou à aparência física, especialmente entre as mulheres, pode comprometer este período da formação profissional, já que não se sentir seguro e satisfeito com a escolha profissional, ter dificuldades em desenvolver relações de amizade e não se sentir bem com o próprio corpo são aspectos que envolvem sofrimento mental e associam-se com sintomas depressivos.

Como já ressaltado anteriormente, os dois desfechos podem caminhar juntos em alguns indivíduos, pois IIC tem grande relação com o TDC e, este, com o TAS. Enquanto no TAS a preocupação central é com o desempenho diante de outras pessoas, no TDC o foco da preocupação é a aparência física, ou seja, IIC. No entanto, os dois quadros compartilham de diversas características clínicas, incluindo esquiva de situações sociais, introversão, baixa autoestima, hipersensibilidade a críticas e preocupação excessiva com o julgamento alheio, que é percebido sempre através de um viés negativo (PHILLIPS; McELROY, 2000; BUHLMANN et al., 2002). Na verdade, nas culturas orientais o TDC é conceituado como uma forma de TAS (KLEINKNECHT et al., 1997; COLES et al., 2006; FANG; HOFMANN, 2010). É interessante observar que insatisfação profissional é o único correlato exclusivo desse grupo de estudantes com ambos os problemas, enquanto sexo feminino e IMC se associaram também à IIC (mas não a provável TAS), e dificuldade de fazer amigos e depressão se associaram aos três grupos estudados.

Limitações

5 LIMITAÇÕES

Por se tratar de um estudo transversal, não é possível inferir relações de causa e efeito entre as variáveis investigadas. O dado de peso e altura foi auto-referido e não diretamente medido, estando, portanto, o dado de IMC sujeito a viés de informação. Não foi incluído no estudo grupo de comparação como, por exemplo, estudantes universitários de outros cursos. Alguns dos fatores associados identificados (sentimento de rejeição, sintomas depressivos) podem não ser específicos dos desfechos investigados. A SPIN, apesar de ser uma escala validada em nosso país para uso com estudantes universitários, não é um instrumento diagnóstico para TAS, indicando apenas a provável ocorrência de TAS. Finalmente, a generalização dos resultados para estudantes de medicina de outras instituições (públicas e privadas), principalmente de outros países, deve ser feita com cautela, em função de características sociodemográficas e culturais que podem ser distintas, em diferentes graus.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

A prevalência de provável TAS e IIC é alta em estudantes de medicina, acometendo aproximadamente 1/3 destes, enquanto 16,3% apresentam ambos os quadros. Portanto, o rastreamento destes problemas se faz necessário nessa população. Além disso, TAS e IIC se associaram entre si significativamente, sugerindo características clínicas comuns ou fatores subjacentes semelhantes. Conforme as hipóteses iniciais, todas se confirmaram exceto sexo feminino para TAS e procura por tratamentos para IIC.

Dificuldade de fazer amigos e apresentar sintomas depressivos se associaram aos três desfechos estudados (provável TAS, IIC e de ambos), indicando dificuldades e sofrimento comuns. Pensamento de abandonar o curso e ter feito tratamento psicológico ou psiquiátrico antes do ingresso na universidade se associaram apenas a provável TAS, sugerindo que os sintomas de ansiedade social começam precocemente, favorecem a busca por este tipo de tratamento na adolescência, mas podem aumentar a chance de o aluno desistir do curso médico. Já sexo feminino e IMC se associaram apenas a IIC (e aos desfechos combinados), indicando que estas questões são de fato particularmente importantes para as universitárias. Por fim, apenas entre os estudantes que apresentaram os desfechos combinados, insatisfação profissional foi um correlato significativo, indicando uma possível somatória de efeitos dos sintomas de TAS e IIC, e/ou nível ainda maior de exigência em relação ao desempenho, aparência e ao curso.

Os resultados deste estudo podem contribuir para a elaboração de medidas de prevenção e tratamento desses problemas de saúde mental, o que pode diminuir o sofrimento psíquico e melhorar a qualidade de vida nesta população específica. Assim, estudantes de medicina com dificuldades de fazer amigos e sintomas depressivos deveriam ser investigados quanto à possível ocorrência de sintomas de ansiedade social e IIC. Universitárias com maior IMC podem apresentar IIC, que é um fator de risco para transtornos alimentares e TDC, além de depressão. A avaliação de sintomas de ansiedade social pode ser importante em alunos que manifestam intenção de abandonar o curso médico.

Estudos longitudinais são desejáveis e necessários para avaliar o possível impacto do tratamento psicológico e/ou psiquiátrico para sintomas de TAS e IIC na saúde mental, qualidade de vida e desempenho acadêmico de estudantes de medicina.

Referências

REFERÊNCIAS

- ADAMI, F.; FERNANDES, T.C.; FRAINER, D.E.S.; OLIVEIRA, F.R. Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. **Lecturas, Educación Física y Deportes: Revista Digital**, Buenos Aires, ano 10, n.83, 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd83/imagem.htm>>
- AGUIAR, S. M. et al. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 58, n. 1, p. 34-38, 2009.
- AKBARBEGLOO, M.; HABIBPUR, Z.; MOTAAREF, H. I. Perception of body image in students and related factors. **Soc. Sci.**, v. 5, n. 4, p. 368-372, 2010.
- AKTEKIN, M. et al. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. **Med. Educ.**, v. 35, p. 12-17, 2001.
- ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Ideação suicida entre estudantes da área da saúde: um estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, n. 4, p. 338-344, 2009.
- AL-HINAL, S. et al. Culture and prevalence of social phobia in a college population in Oman. In: _____. **College students: mental health and coping strategies**. New York: Nova Science Publishers, 2006. p. 115-132.
- ALMEIDA, A. M. et al. Common mental disorders among medical students. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 56, n. 4, p. 245-251, 2007.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Br. J. Psychiatry**, v. 171, n. 6, p. 524-529, 1997.
- ALVARENGA, M. S. et al. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 1, p. 44-51, 2010.
- AMARAL, G. F. et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 30, n. 2, p.124-130, 2008.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3. ed. Washington: APA, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3. ed. Washington: APA, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Text revision. Washington: APA, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Text revision. Washington: APA, 2004.

ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 37, n. 7, p. 316-325, 2002.

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. e31879, 2012. doi: 10.1371/journal.pone.0031879.

ANDRADE, L. H. et al. Days out-of-role due to common physical and mental health problems: Results from the São Paulo Megacity. Mental Health Survey, Brazil. **Clinics (Sao Paulo)**, v. 68, p. 1392-1399, 2013.

ÁVILA, R. C. Formação das mulheres nas escolas de medicina. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 38, n. 1, p. 142-149, 2014.

BALDASSIN, S. Ansiedade e depressão no estudante de medicina: Revisão de estudos brasileiros. **Cad. ABEM**, v. 6, p.19-26, 2010.

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

BALHARA, Y. P.; MATHUR, S.; KATARIA, D. K. Body shape and eating attitudes among female nursing students in India. **East Asian Arch. Psychiatry**, v. 22, n. 2, p. 70-74, 2012.

BAPTISTA, C. A. et al. Social phobia in Brazilian university students: Prevalence, under-recognition and academic impairment in women. **J. Affect. Disord.**, v. 136, n. 3, p. 857-861, 2011.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch. Psychiatr.**, v. 4, p. 53-63, 1961.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; CARBIN, M. G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. **Clin. Psychol. Rev.**, v. 8, supl. 1, p. 77-100, 1988.

BELLA, T. T.; OMIGBODUN, O. O. Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 44, p. 458-463, 2009.

BELLODI, P. L. Retaguarda emocional para o aluno de medicina da Santa Casa de São Paulo (REPAM): realizações e reflexões. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 31, n. 1, p. 5-14, 2007.

BINELLI, C. et al. Eventos negativos na infância e ansiedade social em estudantes universitários. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 34, supl. 1, p. S69-S80, 2012.

BOHNE, A. et al. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German College student sample. **Psychiatry Res.**, v. 109, p. 101-104, 2002a.

BOHNE, A. et al. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. **Psychosomatics**, v. 43, n. 6, p. 486-490, 2002b.

BOSI, M. L. M. et al. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo do município do Rio de Janeiro. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 55, n. 2, p. 108-113, 2006.

BOSI, M. L. M. et al. Eating behavior and body image among psychology students. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 58, p. 150-155, 2008.

BOSI, M. L. M. et al. Eating behavior and body image among medicine students. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 38, n. 2, p. 243-252, 2014.

BOSI, M. L. M. ; UCHIMURA, K. Y. ; LUIZ, R. R. Eating behavior and body image among psychology students. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 58, p. 150-155, 2009 .

BOURDON, K. H. et al. Gender differences in phobias. Results of the ECA community survey. **J. Anxiety Dis.**, v. 2, n. 3, p. 227-241, 1988.

BUHLMANN, U. et al. Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. **CNS Spectr.**, v. 7, n. 6, p. 435-436, 2002.

CAMARGO, E. L. B. **Prevalência e fatores associados a comportamentos sugestivos de transtornos alimentares entre estudantes de medicina, enfermagem e nutrição.** 2008. 121 f. Mestrado (Dissertação) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

CARVALHO, P. H. B. et al. Body-checking, inappropriate eating attitudes and body image dissatisfaction among young students **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 62, n. 2, p. 108-114, 2013.

CASSEB, A. Adolescência e Escolha Profissional. In: GUIMARÃES, K. B. S. (Org.). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 25-40.

CASTALDELLI-MAIA, J. M. et al. Does ragging play a role in medical student depression – cause or effect? **J. Affect. Disord.**, v. 139, n. 3, p. 291-297, 2012.

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

COLES, M. E. et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. **Depress. Anxiety**, v. 23, n. 1, p. 26-33, 2006.

CONNOR, K. M. et al. Psychometric properties of Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. **Br. J. Psychiatry**, v. 176, p. 379-386, 2000.

CONTI, M. A.; CORDÁS, T. A.; LATORRE, M. R. D. O. Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 9, p. 331-338, 2009.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Rev. Nutr.**, v. 18, n. 4, p. 491-497, 2005.

COOPER, P. J. et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. **Int. J. Eat. Dis.**, v. 6, p. 485-494, 1987.

CORDÁS, T. A.; NEVES, J. E. P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 26, p. 41-48, 1999.

COSTA, L. C. F.; VASCONCELOS, F. A. G. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, n. 4, p. 665-676, 2010.

COSTA-MACEDO, L. M.; TAQUETTE, S. R.; ALVARENGA, F. B. F. Da Adolescência à Maturidade: estudo prospectivo dos estudantes de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 27, n. 1, p. 29-35, 2003.

CREMESP. Levantamento mostra predomínio crescente de mulheres médicas. **J. Cremesp**, n. 267, p. 5, 2010. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1251.67>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAVIDSON, J. R. et al. The boundary of social phobia. Exploring the threshold. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 51, n. 12, p. 975-983, 1994.

DAVIDSON, J. R. et al. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. **Psychol. Med.**, v. 23, n. 3, p. 709-718, 1993.

- DE JAGER, P.; SULIMAN, S.; SEEDAT, S. Role of ethnicity in social anxiety disorder: A cross-sectional survey among health science students. **World J. Clin. Cases**, v. 2, n. 7, p. 265-271, 2014.
- DHALLA, I. A. et al. Characteristics of first-year students in Canadian medical schools. **Can. Med. Assoc. J.**, v. 166, n. 8, p. 1029-1035, 2002.
- DI PIETRO, M.; SILVEIRA, D. X. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, n. 1, p. 21-24, 2009.
- DYRBYE, L. N.; THOMAS, M. R.; SHANAFELT, T. D. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. **Mayo Clin. Proc.**, 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. **Acad. Med.**, v. 81, n. 4, p. 354-373, 2006.
- EISENBERG, D.; GOLBERSTEIN, E.; GOLLUST, S. E. Help-seeking and access to mental health care in a university student population. **Med. Care**, v. 45, n. 7, p. 594-601, 2007.
- ENNS, M. W. et al. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. **Med. Educ.**, v. 35, n. 11, p. 1034-1042, 2001.
- FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n. 3, p. 194-200, 2005.
- FANG, A.; HOFMANN, S.G. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. **Clin. Psychol. Rev.**, v. 30, n. 8, p. 1040-1048, 2010.
- FILHO, A. S. et al. Social anxiety disorder: what are we losing with the current diagnostic criteria? **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 121, n. 3, p. 216-226, 2010.
- FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; MIRANDA, A. E. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 34, n. 3, p. 355-362, 2010.
- FIOROTTI, K. P. et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2010.
- FITZSIMMONS-CRAFT, E. E. et al. Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. **Body Image**, v. 9, p. 43-49, 2012.

FURMARK, T. Social phobia: overview of community surveys. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 105, n. 2, p. 84-93, 2002.

GARCIA, L. et al. Auto-percepção da imagem corporal em estudantes de Educação Física e Medicina. **Rev. Bras. Ativid. Física Saúde**, v.16, p. 25-30, 2010.

GAVIOLI, M. A. et al. Formando Grupos no Internato: Critérios de Escolha, Satisfação e Sofrimento Psíquico. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 33, n. 1, p. 4-9, 2009.

GOEBERT, D. et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. **Acad. Med.**, v. 84, n. 2, p. 236-241, 2009.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, A. Inventário de Depressão de Beck - propriedades psicométricas da versão em português. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 89-95.

HOOVER, E. An analysis of the association of american medical colleges' review of minorities in medical education. **JAMA**, v. 97, n. 9, p. 1240-1256, 2005.

IBGE, 2010, Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS_2010.

IZGIÇ, F. et al. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. **Can. J. Psychiatry**, v. 49, n. 9, p. 630-634, 2004.

JAEGER, B. et al. Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. **Psychother. Psychosom.**, v.71, n. 1, p. 54-61, 2001.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 497-504, 2006.

KERR-CORRÊA, F. et al. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 2, p. 95-100, 1999.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of dsm-111-r psychiatric disorders in the united states results from the national comorbidity survey. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 51, n. 1, p. 8-19, 1994.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 62, p. 593-602, 2005a.

KESSLER, R. C. et al. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 62, p. 617-627, 2005b.

KESSLER, R. C. et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. **N. Engl. J. Med.**, v. 352, n. 24, p. 2515-2523, 2005c.

KITZROW, M. A. The mental health needs of today's college students: challenges and recommendations. **NASPA J.**, v. 41, n. 1, p. 165-179, 2003.

KLEINKNECHT, R. A. et al. Cultural factors in social anxiety: a comparison of social phobia symptoms and Taijin kyofusho. **J. Anxiety Disord.**, v. 11, n. 2, p.157-77, 1997.

KROENKE, K. et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. **Ann. Intern. Med.**, v. 146, n. 5, p. 317-325, 2007.

LAUS, M. F. et al. Imagem corporal no Brasil: avanços recentes no estado de conhecimento e em questões metodológicas. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, p.331-346, 2014.

LEGNANI, R. F. S. et al. Transtornos alimentares e imagem corporal em acadêmicos de educação física. **Motriz**, v. 18, n. 1, p. 84-91, 2012.

LIAO, Y. et al. Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students. **Compr. Psychiatry**, v. 51, p. 516-523, 2010.

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. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1035-1041, 2006.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998.

MELLO-CARRILLO, A.; OUDENHOVE, L.V.; LOPEZ-AVILA, A. Depressive symptoms among Mexican medical students: high prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. **J. Affect. Dis.**, v. 136, p. 1098-1103, 2012.

MILLAN, E. R. et al. What is behind a student's choice for becoming a doctor? **Clinics**, v. 60, p. 143-150, 2005.

MILLAN, R. L.; ARRUDA, P. C. V. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008.

MIRANDA, V. P. N. et al. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas do conhecimento. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 61, n. 1, p. 25-32, 2012.

MOREIRA, L. A. C. et al. Body Image in a sample of undergraduate medical students in Salvador, Bahia, Brazil. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 54, n. 4, p. 294-297, 2005.

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

MUSTAFA, R. B. et al. Social Phobia among university students in Jordan. **Life Sci. J.**, v. 11, n. 2, p. 93-98, 2014.

NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 56, n. 4, p. 237-244, 2007.

NORONHA, M. A. N.; CARVALHO, A. E. V.; CALDAS, C. A. M. Motivações e expectativas dos calouros de medicina. **Rev. Paraense Med.**, v. 28, n. 1, p. 49, 2014.

OLIVEIRA, L. G. et al. Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, n. 3, p. 227-239, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Genebra: World Health Organization, 1993.

OSÓRIO, F. L.; CRIPPA, J. A.; LOUREIRO, S. R. Cross-cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, n. 1, p. 25-29, 2009.

PHILIPS, K. A.; McELROY, S. L. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. **Compr. Psychiatry**, v. 41, n. 4, p. 229-236, 2000.

PORCU, M.; FRITZEN, V. C.; HELBER, C. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Maringá. **Psiquiatr. Prat. Med.**, v. 34, n. 1, p. 2-6, 2001.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; LIMA, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface (Botucatu)**, v.6, n.11, p. 107-116, 2002.

ROBERTO, A. R. **A saúde mental dos estudantes de medicina da Universidade da Beira Interior**. 2009. 76 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2009.

ROCHA, E. S.; SASSI, A. P. Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 37, n. 2, p. 210-216, 2013.

RODGERS, R. F.; CHABROL, P. S. H. Psychological functioning, media pressure and body dissatisfaction among college women. **Rev. Eur. Psychol. Appl.**, v. 60, p. 89-95, 2010.

ROH, M. S. et al. The prevalence and impact of depression among medical students: a nationwide cross-sectional study in South Korea. **Acad. Med.**, v. 85, n. 8, p. 1384-1390, 2010.

SABAN, A. et al. The association between substance use and common mental disorders in young adults: results from the South African Stress and Health (SASH) Survey. **Pan Afr. Med. J.**, v. 11, suppl. 1, p. 59-65, 2014.

SAVOIA, M. G. Diagnóstico diferencial entre fobia social e transtorno dismórfico corporal. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 27, n. 6, p. 316-318, 2000.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. Bioét.**, v. 21, p. 268-277, 2013.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCHNEIER, F. R. et al. Functional impairment in social phobia. **J. Clin. Psychiatry**, v. 55, p. 322-331, 1994.

SCHWENK, T. L.; WIMSATT, L. A.; DAVIS, L. Depression, stigma and suicidal ideation in medical students. **JAMA**, v. 304, n. 11, p.181-190, 2010.

SEPÚLVEDA, A. R. et al. Prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in a Spanish university population: A pilot study. **Body Image**, v. 4, p. 317-328, 2007.

SHAFIQ, M. et al. Perceptions of Pakistani medical students about drugs and alcohol: a questionnaire-based survey. **Subst. Abuse Treat. Prev. Policy**, v. 1, n. 1, p. 31, 2006.

SREERAMAREDDY, C. T. et al. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. **BMC Med. Educ.**, v. 7, n. 1, p. 26, 2007.

STACORP. **Stata Statistical Software**: Release 12.0. College Station, TX: Stata Corporation, 2011.

STEIN, M. B. et al. Social phobia in the primary care medical setting. **J. Fam. Pract.**, v. 48, p. 514-519, 1999.

STEIN, M.; TORGRUD, L.; WALKER, J. Social Phobia symptoms, subtypes and severity findings from a community survey. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 57, p. 1046-1052, 2000.

STICE, E.; WHITENTON, K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. **Dev. Psychol.**, v. 38, n. 5, p. 669-678, 2002.

STROUS, R. D. et al. Medical student's self-report of mental health conditions. **Int. J. Med. Educ.**, v. 3, p.1-5, 2012.

TAQUI, A. M. et al. Body dysmorphic disorder: gender, differences and prevalence in a Pakistani medical student population. **BMC Psychiatr.**, v. 8, n. 1, p. 20, 2008.

TILLFORS, M.; FURMARK, T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 42, p. 79-86, 2007.

TJIA, J.; GIVENS, J. L.; SHEA, J. A. Factors Associated With Undertreatment of Medical Student Depression. **J. Am. Coll. Health**, v. 53, n. 5, p. 219-224, 2005.

TRENCH, E. V. **Sofrimento mental do estudante da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP**: uma análise de dois estudos transversais seriados. 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

TYSSSEN, R. et al. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. **J Affect. Dis.**, v. 64, p. 69-79, 2001.

VORCARO, C. M. et al. The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambui study. **Int. J. Soc. Psychiatry**, v. 50, p. 216-226, 2004.

WEILLER, E. et al. Social phobia in general health care: an unrecognized, undertreated, disabling disorder. **Br. J. Psychiatry**, v. 168, p. 169-174, 1996.

WILSON, I. Screening for social anxiety disorder in first year university students. A pilot study. **Aust. Fam. Physican**, v. 34, p. 983-984, 2005.

WITTCHEN, H. U. et al. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. **Eur. Psychiatry**, v. 15, p. 46-58, 2000.

YEN, C. et al. Mediating effects of bullying involvement on the relationship of body mass index with social phobia, depression, suicidality, and self-esteem and sex differences in adolescents in Taiwan. **Child Abuse Negl.**, v. 38, n. 3, p. 517-526, 2013.

ZAID, Z. A.; CHAN, S. C.; HO, J. J. Emotional disorders among medical students in a Malaysian private medical school. **Singapore Med. J.**, v. 48, n. 10, p. 895-899, 2007.

Anexos

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário sobre dados sociodemográficos do aluno e família, situação acadêmica e manifestações psicopatológicas



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E ASPECTOS RELACIONADOS ENTRE ESTUDANTES DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU.

Este questionário foi elaborado com o objetivo de estudar diversos aspectos da vida dos alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu e elaborar propostas para melhorar a qualidade de vida de todos. Para que ele seja válido, precisamos que você responda às questões de maneira cuidadosa e sincera, assinalando as respostas que dizem respeito a você. A solicitação do número de matrícula tem por finalidade a reavaliação posterior (no caso dos alunos do 1º ao 3º ano) e a reavaliação, no caso dos alunos do 6º ano.

Todas as informações são confidenciais.

Número de matrícula | 2 | 0 | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |

Bloco A

A1) Você ingressou na UNESP no ano de

|_|_|_|_|

A2) Você tem: |_|_|_| (anos)

A3) Está cursando:

- a) 1º Ano.
- b) 2º Ano
- c) 3º Ano
- d) 4º Ano
- e) 5º Ano
- f) 6º. ano

A4) Sexo:

- a) Masculino
- b) Feminino

A5) Seu estado civil atual é:

- a) Solteiro(a)
- b) União consensual/Casado(a)
- c) Outro: _____

A6) Em Botucatu, você mora com quem?

- a) Pais
- b) Cônjuge/Namorado(a)
- c) Com um amigo (a)
- d) Com 2 ou + amigos (a)
- e) Sozinho (em casa ou apto)
- f) Sozinho em hotel
- g) Moradia estudantil
- h) Outros: _____

A7) Frequência de visitas à família:

- a) Moro com eles
- b) Semanal
- c) Quinzenal
- d) Mensal
- e) Cada 2 meses ou mais

A8) Qual a importância da religião em sua vida:

- a) importante
- b) regular
- c) nada importante
- d) não tenho religião

A9) Qual seu peso: _____ Kg

A10) Qual sua altura: _____ cm

A11) Você trabalhou com remuneração nos últimos 6 meses?

- a) Não trabalhei
- b) Trabalhei período parcial
- c) Trabalhei período noturno
- d) Esporádico (bicos)
- e) Outro

A12) Você recebe bolsa de estudo? (monitoria, FAPESP, PAE, CNPq, PIBIC, etc)

- a) Não
- b) Sim, monitoria
- c) Sim, FAPESP
- d) Sim, PAE
- e) Sim, CNPq, PIBIC, PET
- f) Sim, outra

A13) Qual o grau de escolaridade de seu pai?

- a) Fundamental incompleto
- b) Fundamental completo
- c) Médio incompleto
- d) Médio completo/Superior Incompleto
- e) Superior completo

A14) Qual o grau de escolaridade de sua mãe?

- a) Fundamental incompleto
- b) Fundamental completo
- c) Médio incompleto
- d) Médio completo/Superior Incompleto
- e) Superior completo

A15) Qual a renda de sua família em salários mínimos (salário mínimo=545 reais) Se seus pais são separados considere a renda total daquele com quem você vive. Se você é casado considere sua renda:

|_|_|_|_| Salários mínimos

A16) Quanto gasta para viver na cidade onde estuda? (em salários mínimos)

|_|_|_|_| Salários mínimos

A17) Com relação a sua mesada você diria que?

- a) Não é suficiente
- b) É suficiente apesar de ser completada por outra fontes (trabalho, bolsa, plantões, etc.)
- c) É suficiente e sobra para lazer
- d) É suficiente, mas não sobra para lazer
- e) Não recebo mesada

A18) Seus pais ou padrastos vivem:

- a) Juntos, com bom relacionamento
 - b) Juntos, com relacionamento regular/ruim
 - c) Separados, mas mantêm bom relacionamento
 - d) Separados, com relacionamento regular/ruim
 - e) Pai ou mãe falecidos
-

A19) De que atividades extracurriculares você participa atualmente (relacionadas ou não à faculdade):

A20) Você pratica estas atividades com a frequência que gostaria?

- a) Não
 - b) Sim
-

A21) Nos últimos 12 meses, você sentiu dificuldades para fazer amigos(as) em novos grupos?

- a) Não
 - b) Sim
-

A22) Nos últimos 12 meses, você se sentiu rejeitado(a) pelo seu grupo de amigos ou outros de sua idade?

- a) Não
 - b) Sim
-

A23) Em relação à sua adaptação em Botucatu você diria que:

- a) Está totalmente adaptado
 - b) Está parcialmente adaptado
 - c) Não está adaptado
-

A24) Você está satisfeito com a sua escolha profissional?

- a) Totalmente satisfeito
 - b) Parcialmente satisfeito
 - c) Totalmente Insatisfeito
-

A25) Quantos anos de cursinho você fez antes de ingressar em Botucatu? [] [] anos

A26) Você já pensou em abandonar o seu curso?

- a) Não, nunca.
 - b) Sim, ainda penso.
 - c) Sim, mas não penso mais.
-

A27) No último semestre você:

- a) Não ficou de exame em nenhuma matéria
 - b) Ficou de exame final.
 - c) Ficou de 2ª época em 1 ou 2 disciplinas.
 - d) Ficou de 2ª época em 3 disciplinas ou mais.
 - e) Ficou com uma dependência.
 - f) Caiu de turma
 - g) Está no 1º ano.
-

A28) Como você avalia o seu desempenho escolar?

- a) Péssimo
 - b) Insuficiente
 - c) Regular
 - d) Bom
 - e) Excelente
-

Bloco B

Assinale com um X em todas as linhas.

Em uma situação de necessidade, excluindo sua família de origem (pai, mãe, irmãos) com que frequência você pode contar com alguém que:

| | Nunca | Raramente | As vezes | Quase sempre | Sempre |
|--|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| B1) Que o ajude se ficar de cama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B2) Para levá-lo ao médico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B3) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se ficar doente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B4) Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B5) Que demonstre amor e afeto por você? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B6) Que lhe dê um abraço? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B7) Que você ame e que faça você se sentir querido? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B8) Para ouvi-lo, quando você precisar falar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B9) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B10) Para compartilhar suas preocupações e medos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B11) Que compreende seus problemas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B12) Para dar bons conselhos em situação de crise? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B13) Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B14) De quem você realmente quer conselhos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B15) Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B16) Com quem fazer coisas agradáveis? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B17) Com quem relaxar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B18) Para se divertir junto? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Bloco C

AS QUESTOES DE NÚMERO 47 A 66 REFEREM-SE AO ÚLTIMO MÊS:

| | Não | Sim |
|---|-----|-----|
| C1) Tem tido dores de cabeça com frequência? | 0 | 1 |
| C2) Tem falta de apetite? | 0 | 1 |
| C3) Dorme mal | 0 | 1 |
| C4) Assusta-se com facilidade? | 0 | 1 |
| C5) Tem tremores de mãos? | 0 | 1 |
| C6) Sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a) | 0 | 1 |
| C7) Tem má digestão? | 0 | 1 |
| C8) Tem dificuldade de pensar com clareza? | 0 | 1 |
| C9) Tem se sentido triste ultimamente? | 0 | 1 |
| C10) Tem chorado mais do que de costume? | 0 | 1 |
| C11) Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias | 0 | 1 |
| C12) Tem dificuldade para tomar decisões? | 0 | 1 |
| C13) Tem dificuldades na faculdade (é penoso, causa-lhe sofrimento?) | 0 | 1 |
| C14) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | 0 | 1 |
| C15) Tem perdido o interesse pelas coisas? | 0 | 1 |
| C16) Você se sente uma pessoa inútil sem préstimo? | 0 | 1 |
| C17) Tem tido a idéia de acabar com a vida? | 0 | 1 |
| C18) Sente-se cansado o tempo todo? | 0 | 1 |
| C19) Tem sensações desagradáveis no estômago? | 0 | 1 |
| C20) Você se cansa com facilidade? | 0 | 1 |

Bloco D

Os itens abaixo referem-se à sua experiência atual no curso de graduação. Por favor, responda os itens abaixo, indicando quando você:

| | Discorda Fortemente | Discorda | Não tem Certeza | Concorda | Concorda Fortemente |
|--|---------------------|----------|-----------------|----------|---------------------|
| D1) Sou estimulado(a) a participar das aulas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D2) É possível entender os professores em suas aulas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D3) Existe um bom programa de apoio para estudantes estressados | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D4) Tenho estado muito cansado(a) para aproveitar este curso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D5) Como estudava antes também funciona neste curso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D6) Professores têm se mostrado pacientes com os doentes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D7) O ensino adotado é freqüentemente estimulante | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D8) Os professores ridicularizam os estudantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D9) Os professores são autoritários | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D10) Estou confiante que vou ser aprovado neste ano | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D11) O ambiente é tranquilo durante aulas nas enfermarias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D12) Esta Faculdade é bastante pontual nos cursos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D13) O ensino é centrado no estudante (mais auto-aprendizado) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D14) Raramente me sinto desestimulado(a) neste curso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D15) Tenho bons amigos(as) na Faculdade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D16) O ensino se preocupa em desenvolver minha competência | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D17) A prática de colar em provas é comum nesta Faculdade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D18) Os professores conseguem se comunicar bem com pacientes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D19) Minha vida social é boa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D20) O ensino é bastante coeso e focado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D21) Sinto que venho sendo bem preparado(a) para a profissão | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D22) O método de ensino se preocupa em desenvolver minha confiança | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| D23) O ambiente é tranquilo durante as aulas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D24) O tempo para ensino é bem utilizado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D25) O ensino enfatiza muito o aprendizado de fatos memorizáveis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D26) O ensino do ano anterior me preparou bem para este ano | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D27) Tenho boa capacidade de memória para tudo que preciso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D28) Raramente me sinto sozinho(a) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D29) Os professores dão um bom feedback aos estudantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D30) Tenho oportunidade de desenvolver prática de relacionamento pessoal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D31) Aprendi muito sobre relacionamento pessoal nesta profissão | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D32) Os professores nos dão críticas construtivas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D33) Me sinto confortável nas aulas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D34) O ambiente é tranquilo durante seminários | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D35) Tenho achado minha experiência aqui desapontadora | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D36) Tenho boa capacidade de concentração | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D37) Os professores dão exemplos muito claros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D38) Tenho certeza sobre os objetivos deste curso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D39) Os professores ficam nervosos em sala de aula | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D40) Os professores são bem preparados para as aulas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D41) A busca de soluções tem sido desenvolvida neste curso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D42) A satisfação é maior do que o estresse de estudar medicina | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D43) O ambiente me estimula a aprender | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D44) O ensino me encoraja a buscar meu próprio aprendizado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D45) Muito do que tenho visto parece importante para medicina | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D46) Moro em um lugar confortável | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D47) A importância da educação continuada é enfatizada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D48) O ensino é muito centrado no professor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D49) Me sinto à vontade para perguntar o que quero nas aulas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D50) Os estudantes irritam os professores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Bloco H

Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas. Usando a seguinte legenda:

| | Nunca | Raramente | Às Vezes | Freqüentemente | Muito Freqüentemente | Sempre |
|--|-------|-----------|----------|----------------|----------------------|--------|
| H1) Sentir-se entediada(o) faz você se preocupar com sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H2) Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H3) Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H4) Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gorda(o)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H5) Você anda preocupada(o) achando que o seu como não é firme o suficiente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H6) Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H7) Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H8) Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H9) Estar com pessoas magras do mesmo sexo que você faz você reparar em sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H10) Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H11) Você já se sentiu gorda(o) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H12) Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H13) Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H14) Ao estar nua(nu), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gorda(o)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H15) Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H16) Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H17) Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda(o)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| H18) Você já deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H19) Você se sente muito grande e arredondada(o)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H20) Você sente vergonha do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H21) A preocupação frente à sua forma física a(o) leva a fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H22) Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H23) Você acredita que sua forma física se deva à sua falta de controle? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H24) Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H25) Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras do que você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H26) Você já vomitou para se sentir mais magro(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H27) Quando acompanhada(o), você fica preocupada(o) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada(o) num sofá ou no banco de um ônibus)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H28) Você se preocupa com o fato de estar ficando cheia(o) de "dobras" ou "banhas"? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H29) Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H30) Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H31) Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H32) Você já tomou laxantes para se sentir mais magra(o)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H33) Você fica mais preocupada(o) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H34) A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Bloco G

Instruções: por favor, indique quanto os seguintes problemas incomodam você durante a semana. Marque somente um item para cada problema e verifique se respondeu todos os itens.

| | Nada | Moderado | Um pouco | Bastante | Extremamente |
|--|------|----------|----------|----------|--------------|
| G1) Tenho medo de autoridades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G2) Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G3) Festas e eventos sociais me assustam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G4) Evito falar com pessoas que não conheço | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G5) Fico muito assustado ao ser criticado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G6) Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G7) Transpirar na frente das pessoas me incomoda | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G8) Evito ira festas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G9) Evito atividades nas quais sou o centro das atenções | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G10) Conversar com estranhos me assusta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G11) Evito falar para uma platéia ou dar discursos (ex. apresentações em sala de aula) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G12) Faço qualquer coisa para não ser criticado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G13) Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G14) Tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G15) Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G16) Evito falar com qualquer autoridade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G17) Tremer ou estremeecer na frente das outras pessoas me angustia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Bloco I

I1) Qual é sua bebida alcoólica preferida?

I2) Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- Nenhuma
- Uma ou menos de uma vez por mês.
- 2 a 4 vezes por mês
- 2 a 3 vezes por mês
- 4 ou mais vezes por mês.



I3) Quantas doses contendo álcool você consome em um dia típico quando você está bebendo? (veja quanto vale uma dose ao lado)

- Nenhuma
- 1 a 2.
- 3 a 4
- 5 a 6
- 7 a 9
- 10 ou mais

I4) Qual a frequência com que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião? (veja quanto vale uma dose ao lado)

- Nunca
- Menos que mensalmente.
- Mensalmente
- Semanalmente
- Diariamente ou quase diariamente

I5) Qual a frequência durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

- Nunca
- Menos que mensalmente.
- Mensalmente.
- Semanalmente
- Diariamente ou quase diariamente

I6) Quantas vezes durante os últimos 12 meses você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

- Nunca
- Menos que mensalmente.
- Mensalmente
- Semanalmente
- Diariamente ou quase diariamente

I7) Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

- Nunca
- Menos que mensalmente.
- Mensalmente
- Semanalmente
- Diariamente ou quase diariamente

I8) Quantas vezes durante os últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

- a) Nunca
 - b) Menos que mensalmente.
 - c) Mensalmente
 - d) Semanalmente
 - e) Diariamente ou quase diariamente
-

I9) Quantas vezes durante últimos 12 meses você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior por que você estava bebendo?

- a) Nunca
 - b) Menos que mensalmente.
 - c) Mensalmente
 - d) Semanalmente
 - e) Diariamente ou quase diariamente
-

II0) Você foi criticado pelo resultado de suas bebedeiras?

- a) Não.
 - b) Sim, mas não no último ano.
 - c) Sim, durante o último ano.
-

II1) Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área referiu-se as suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

- a) Não.
 - b) Sim, mas não no último ano.
 - c) Sim, durante o último ano.
-

II2) Você já foi submetido a algum trote que você considerou abusivo?

- a) Sim
 - b) Não
-

II3) Você já aplicou algum trote que o fez se sentir arrependido ou culpado posteriormente?

- a) Sim
 - b) Não
-

II4) Antes de entrar na faculdade, você já havia sentido a necessidade de procurar atendimento psicológico ou psiquiátrico?

- a) Não
 - b) Sim, psicológico.
 - c) Sim, psiquiátrico.
 - d) Sim, ambos.
-

II5) Depois que entrou na faculdade, você sentiu necessidade de procurar atendimento psicológico ou psiquiátrico?

- a) Não
 - b) Sim, psicológico.
 - c) Sim, psiquiátrico.
 - d) Sim, ambos.
-

II6) Fez ou faz algum tratamento psiquiátrico ou psicológico?

- a) Não
 - b) Sim, psicológico.
 - c) Sim, psiquiátrico.
 - d) Sim, ambos
-

II7) Em caso afirmativo na questão anterior:

- a) Procurou na Faculdade.
 - b) Procurou em outro serviço em Botucatu.
 - c) Procurou em sua cidade
 - d) Outro: _____
 - e) Não procurou
-

II8) Usou algum tipo de medicamento controlado?

- a) Não
 - b) Sim, qual (quais):
-
-
-
-
-

**MUITO OBRIGADO PELA
SUA PARTICIPAÇÃO!!!**

Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 21 de novembro de 2012

Of. 556/2012

Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina Pereira Lima
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Cara Prof^ª. Maria Cristina,

Em relação ao Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3759-2010) *Condições de Vida e Saúde Mental de Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP*, coordenado por Vossa Senhoria, informo que foi autorizado a inclusão de um sub-projeto a saber:

Sub-Projeto: "Fobia social e insatisfação com a imagem corporal em estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP: Prevalência e fatores associados.

Autor: Jacqueline Maria Oliveira Regis

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Co-orientador: Prof^ª. Dr^ª. Albina Rodrigues Torres

Ao final do projeto, apresentar o Relatório Final de Atividades.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Trajano Sardenberg
Coordenador do CEP

Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, aluno(a) da Faculdade de Medicina de Botucatu, afirmo meu consentimento para participar da pesquisa **“CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU”**. Fui informado(a) de que o objetivo da pesquisa é conhecer melhor as condições de vida e saúde mental dos estudantes do curso de Medicina desta Faculdade e de que minha participação consiste apenas em responder a um questionário sobre condições sócio-econômicas, de moradia, saúde e aspectos relacionados à vida acadêmica. Estou ciente das garantias de confidencialidade, ou seja, de que os questionários a serem respondidos são anônimos e de que apenas dados agrupados serão divulgados. Fui informado(a) de que a identificação com o número de matrícula visa a reavaliação no futuro e de que posso escolher: não participar, participar sem colocar o número de matrícula ou participar colocando o número de matrícula no questionário.

Estou ciente de que as pesquisadoras responsáveis estarão à disposição para qualquer esclarecimento pelos telefones abaixo relacionados, de que minha participação é absolutamente voluntária e tenho direito de receber informações adicionais sobre o estudo.

Assinatura do aluno(a): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Responsáveis pelo projeto:

Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima (97980422)
Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres (97755339)
Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira (96718501)
Departamento de Neurologia e Psiquiatria FMB (381106260)