



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

Júlia Lelis Vieira

**Transtorno Mental Comum e lazer entre estudantes da
área da saúde do Campus de Botucatu – UNESP: um
estudo transversal.**

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

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Maria Cristina Pereira Lima
Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Liana Abrão Romera

**Botucatu
2015**

Júlia Lelis Vieira

**Transtorno Mental Comum e lazer entre estudantes
da área da saúde do Campus de Botucatu – UNESP:
um estudo transversal.**

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

Orientador (a): Prof(a).Dr(a). Maria Cristina Pereira Lima
Coorientador(a): Prof(a).Dr(a). Liana Abrão Romera

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

Vieira, Julia Lelis.

Transtorno mental comum e lazer entre estudantes da
área da saúde do campus de Botucatu-UNESP : um estudo
transversal / Julia Lelis Vieira. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Maria Cristina Pereira Lima

Coorientador: Liana Abrão Romera

Capes: 40602001

1. Saúde mental. 2. Estudantes de medicina. 3. Lazer.
4. Serviços de saúde mental. 5. Estudos transversais.

Palavras-chave: Atividades de lazer; Estudantes de
ciências da saúde; Estudantes de medicina; Estudos
transversais; Saúde mental.

Dedicatória

A todos que contribuíram para a
formação da pessoa que sou hoje!

Agradecimentos

Dizem que a vida é um livro em branco e que ao nascer sua história ali vai sendo escrita...



Pois bem... alguns bons capítulos se passaram na minha vida... páginas de pura adrenalina, suspense, emoção, drama, comédia...

O mais interessante é que, em cada momento, houve personagens fundamentais que deram total sentido para cada pedacinho da minha história.

Para todas essas pessoas que fizeram parte das aventuras escritas até aqui no livro da minha vida o meu

MUITO OBRIGADA!!!

À minha orientadora Kika... grande professora, de um conhecimento inesgotável... paciente, amiga, acolhedora e divertida!!

À minha co-orientadora Liana, sempre com sugestões relevantes para o trabalho e, mesmo há quilômetros de distância, sempre presente.

Às professoras Ana Teresa e Maria Odete por todas as contribuições no exame de qualificação.

À CAPES e à FAPESP pela concessão da bolsa e o auxílio-pesquisa (2014-15872-6).

Agradecimento Especial

Realmente, muitas pessoas fazem parte da minha história... entretanto, tem algumas pessoas que foram peças fundamentais neste período do mestrado.

No capítulo do livro da minha vida intitulado “Mestrado... sem limites de descobertas” algumas pessoas marcaram profundamente com seus sorrisos, seus conhecimentos, suas angústias... enfim, com a sua presença!!!

Zeção e Iedinha, pais lindos e participativos... mesmo distantes, sempre presentes, sempre me auxiliando com a vasta experiência de vida de cada um!

Meire Cristina, grande e velha amiga, irmã em Cristo, louquinha, mas sempre fiel... até nas maluquices me ensinando a lealdade aos princípios religiosos!!!

Alessandra Balducci, guerreira, presente, perseverante, ousada... uma grande amiga, uma irmã, companheira de qualquer situação... amiga de lágrimas, amiga de conselhos, amiga de baladas... amiga 24 horas!!!

Fernanda Bollini... fiel escudeira!

Marly... uma amiga sem descrição... poderia eu me perder entre tantos adjetivos e mesmo assim, talvez, correria o risco de não conseguir descrever quem você é na minha vida!!! Como você diz, você é minha irmã de outras vidas!!!

Maíra... meiga, delicada, paciente... grande amiga em todos os momentos!

Por fim duas amigas que surgiram após um estágio de docência... obrigada Elenice e Flávia... primeiramente, por me ensinarem teorias e, depois, por dividirem experiências de vida! Vocês são exemplos não só acadêmicos... a amizade de vocês me faz não parar de sonhar, mas sempre com os pés no chão!!! Faz-me acreditar que tudo é possível, basta querer!!

*“Por que nós tentamos quando as barreiras
são tão altas e as chances tão baixas?*

*Por que não fazemos as malas, e vamos
embora? Seria tão mais fácil.*

*É por que, no fim, não existe glória no fácil.
Ninguém se lembra do fácil.*

*Eles lembram do sangue e dos ossos, e da
longa e agonizante luta até o topo.*

E é assim que você se torna lendário.”

Shonda Rhimes

RESUMO:

Estudos observacionais têm revelado uma associação entre a presença de transtornos mentais e a falta de vivências de lazer. Esta pesquisa tem por objetivo estimar a prevalência de TMC e sua associação com lazer entre estudantes da área da saúde do campus de Botucatu, UNESP. Método: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico no qual foram analisados aspectos relacionados ao lazer e transtorno mental comum. A variável dependente foi a presença de Transtorno Mental Comum, investigado pelo *Self Reporting Questionnaire*. A principal variável exploratória foi o lazer, investigado por meio de um instrumento elaborado para avaliação de práticas do contexto do lazer na população universitária. As variáveis confundidoras foram as características sociodemográficas, rede de apoio, avaliada pela Escala de Apoio Social (EAS) e uso de álcool, avaliado pelo *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit). A casuística foi composta por graduandos dos cursos de Enfermagem, Medicina, e Nutrição do campus de Botucatu, UNESP. Inicialmente foi feita análise descritiva, seguida de análise bivariada e, posteriormente, regressão logística. Foi adotado o nível de significância estatístico padrão de $p < 0,05$, para rejeição da hipótese de nulidade. Resultados: A prevalência global de TMC foi 40,9%, sendo 57,5% no curso de Enfermagem, 40,7% na Medicina e 26,6% na Nutrição. Após regressão logística, as variáveis que se mantiveram significativas como fatores de risco foram: curso de Enfermagem, seguido de Medicina; não ser solteiro; ter dificuldade em fazer amigos; sentir-se rejeitado; estar insatisfeito com a escolha do curso; desejo de abandonar o curso; insatisfação com a frequência do lazer; uso de álcool, tabaco e/ou substâncias psicoativas no lazer; menor escore de apoio interação; não praticar esportes e não tocar instrumento e/ou cantar. Conclusão: Observou-se que a prevalência de TMC foi semelhante àquela encontrada na literatura, sendo a vivência voltada à música, a única forma de atividade do contexto do lazer associada à TMC, como fator de proteção. O estudo sugere a incorporação de vivências do âmbito do lazer na grade curricular dos alunos, com o intuito de melhorar a própria saúde mental dos alunos e desenvolver um conhecimento quanto à importância das vivências na saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: estudantes de ciências da saúde, estudantes de medicina, atividades do contexto do lazer, saúde mental, estudos transversais.

ABSTRACT

Observational studies have shown an association between the presence of mental disorders and the lack of leisure time experiences. This study aims to evaluate the occurrence of CMD and its association with leisure time and activities among health students from the campus of Botucatu, UNESP. Method: This was a cross-sectional, descriptive and analytical study that analyzed aspects related to leisure time and common mental disorders. The dependent variable was the presence of Common Mental Disorder, investigated by the Self-Reporting Questionnaire. The main exploratory variable was leisure time, investigated by means of an specific tool for assessment practices Rest in the university population. The confounding variables were sociodemographic characteristics, support network, assessed by Social Support Scale (EAS) and alcohol use assessed by Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit). The sample was composed of graduates from Nursing School, Medicine, and Nutrition in the campus of Botucatu, UNESP. Initially a descriptive analysis was performed, followed by bivariate analysis, and finally a logistic regression. The level of statistical significance pattern of $p < 0.05$, to reject the null hypothesis, was adopted. Results: The overall prevalence of CMD was of 40.9% being 57.5% among students from Nursing School, 40.7% in Medicine and 26.6% in Nutrition. After logistic regression, the variables that remained significant risk factors were: Nursing School followed by Medicine; not being single; having difficulty making friends; feeling rejected; being dissatisfied with the choice of the course; desire to leave the course; dissatisfaction with the frequency of leisure time; use of alcohol, tobacco and / or psychoactive substances at leisure time; lowest score in support interaction; not playing sports and not playing instruments or singing. Conclusion: It was observed that the prevalence of CMD was similar to that found in the studied literature, and the experiences geared towards the practice of music the only leisure time activity associated to CMD as a protective factor. The study suggests the incorporation of leisure experiences in the curriculum of the students in order to improve their mental health and in developing an understanding of the importance of leisure time experiences in health.

KEYWORDS: students, health sciences, medical students, leisure time activities, mental health, cross-sectional studies.

Listas de Quadros

QUADRO 1 - Pesquisas que identificaram Transtorno Mental Comum entre estudantes da área da saúde.	37
QUADRO 2 - Distribuição dos alunos de graduação dos cursos participantes da pesquisa, Campus da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu-SP, 2012..	40

Lista de Tabelas

TABELA 1: Número e porcentagem de alunos matriculados nos cursos de enfermagem, medicina e nutrição do Campus de Botucatu, UNESP e respectivas taxas de resposta (n=695), 2013.....	46
TABELA 2: Características sociodemográficas dos alunos de enfermagem, medicina e nutrição do Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013.....	48
TABELA 3: Características da família de origem, frequência de visitas à família e importância atribuída à religião entre alunos de enfermagem, medicina e nutrição. Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013	50
TABELA 4: Autoavaliação do desempenho no curso e de aspectos sociais entre alunos de enfermagem, medicina e nutrição do Campus de Botucatu, UNESP, 2013 (n=695), 2013. .	51
TABELA 5: Percentual de sujeitos que vivenciam atividades no contexto do lazer, segundo modalidade e curso entre alunos de Enfermagem, Medicina e Nutrição do Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013	53
TABELA 6: Vivências e satisfação com a frequência em atividades no lazer entre alunos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, do Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013.	56
TABELA 7: Escores obtidos a partir da Escala de Apoio Social entre estudantes de Enfermagem, Medicina e Nutrição do campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013.	57
TABELA 8: Beber problemático e resultados do AUDIT entre estudantes da área da saúde do campus de Botucatu, UNESP (n=695).....	57
TABELA 9: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de enfermagem, medicina e nutrição do campus de Botucatu-UNESP, segundo sexo, curso, ano do curso, etnia, estado civil e religião (n=695), 2013.....	59
TABELA 10: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, Medicina e nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo moradia, meio de transporte, visita à família, relação dos pais e formação do pai e da mãe (n=695), 2013.	60
TABELA 11: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo trabalho, bolsas e suficiência de mesada (n=695), 2013.....	62
TABELA 12: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, Medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo variáveis selecionadas (n=695), 2013.....	64

Lista de Tabelas (continuação)

TABELA 13: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo os interesses do lazer (n=695), 2013.....	66
TABELA 14: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo as modalidades de cada interesse do lazer (n=695), 2013.....	67
TABELA 15: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo uso problemático de álcool, uso de substâncias psicoativas no lazer e satisfação com a frequência em atividades no lazer (n=695).....	73
TABELA 16: Modelo Logístico bruto e ajustado da Escala de Apoio Social e seus domínios.	74
TABELA 17: Modelos de Regressão Logística para presença de Transtorno Mental Comum entre alunos matriculados nos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição no campus de Botucatu-Unesp (n=695), 2013.	76

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1	Uso de substâncias lícitas e ilícitas em universitários	21
1.2	Transtorno Mental Comum e lazer	25
1.3	Lazer	27
1.4	História do lazer	28
1.5	Lazer e saúde.....	32
2.	OBJETIVOS.....	39
3.	HIPÓTESE	39
4.	MÉTODO.....	40
4.1	Casuística	40
4.2	Procedimento	40
4.3	Instrumentos de avaliação	41
4.3.1	Formulário para coleta de características sociodemográficas e sobre o curso universitário	41
4.3.2	Escala de Apoio Social.....	41
4.3.3	Self-Report Questionnaire (SRQ-20)	42
4.3.4	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	42
4.3.5	Vivências no lazer	43
4.4	Análises dos dados	44
5.	RESULTADOS.....	46
5.1	Características sociodemográficas e aspectos da vida universitária.....	47
5.2	Características das vivências no lazer entre os alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição.	52
5.3	Análise bivariada entre Transtorno Mental Comum e características sociodemográficas.	58
5.4	Análise bivariada entre Transtorno Mental Comum e lazer.....	65
5.5	Análise multivariada	74

6.	DISCUSSÃO.....	77
6.1	Lazer entre estudantes universitários.....	77
6.2	Prevalência de TMC e fatores associados	79
6.3	Limitações e Fortalezas deste estudo	85
7.	CONCLUSÃO	86
8.	REFERÊNCIAS	88

1. INTRODUÇÃO

Estudos têm apontado a presença de algum grau de sofrimento psíquico entre estudantes da área da saúde (FACUNDES; LUDERMIR, 2005; BAMPI et al., 2013b). A maior parte das pesquisas tem sido desenvolvida nos cursos de Medicina (LIMA et al., 2006; ALMEIDA et al., 2007; AGUIAR et al., 2009; CUNHA et al., 2009; FIOROTTI et al., 2010a; COSTA et al., 2010; ROCHA; SASSI, 2013). Tal sofrimento psíquico compreende diferentes manifestações, as quais, muitas vezes, caracterizam transtorno mental, contudo, há também outras formas de estresse ou ainda sintomas isolados, em especial ansiosos e depressivos.

No Brasil e em outros países, tem sido utilizado o termo Transtornos Mentais Comuns (TMC) para designar este sofrimento psíquico. Para Goldberg e Huxley (1993), TMC compreende o conjunto de sintomas físicos e psíquicos, que não preenchem necessariamente os critérios classificatórios para transtornos mentais, mas, caracterizam sofrimento relevante e, por muitas vezes, incapacitante para o sujeito. Ressalta-se que não fazem parte dos TMC os transtornos psicóticos, a dependência química e os transtornos de personalidade.

Com frequência, estes sujeitos são considerados como poliqueixosos, funcionais, psicofuncionais, histéricos e “pitiáticos” por profissionais que desconhecem os TMC, em geral, por não terem sido treinados/preparados para acolherem tais queixas (FONSECA et al., 2008). Embora o TMC¹ compreenda um quadro inespecífico, pode englobar a depressão, ansiedade e sintomas somatoformes, necessitando, em alguns casos, de tratamento medicamentoso, psicológico ou abordagens socioeducativas. Como dito anteriormente, a presença de TMC é frequentemente associada à incapacitação funcional relevante.

As pesquisas feitas no Brasil têm utilizado com maior frequência o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) e o *General Health Questionnaire* (GHQ), para investigarem sofrimento psíquico entre estudantes da área da saúde. Ambos os

¹ No presente texto o termo Transtorno Mental Comum (TMC) será utilizado como sinônimo para Transtorno Psiquiátrico Menor (TPM) e Transtorno Mentais Menores (TMM), adotando-se a definição de Goldberg e Huxley (1993).

questionários possuem perguntas sobre sintomas físicos e mentais que, em seu conjunto, permitem formar um escore que indicaria a presença ou não de um provável transtorno mental. Tanto o SRQ quanto o GHQ apresentam diferentes versões dos instrumentos, com número variável de perguntas, contudo, caracterizam-se por serem instrumentos curtos, de fácil aplicação e não haver a necessidade de entrevistador especialista em saúde mental.

As pesquisas nacionais com estudantes apresentam uma grande variação nas prevalências desses transtornos, que oscilam entre 19,3% (BALDISSEROTTO et al., 2005) e mais de 60% (ARAUJO et al., 2009). Mesmo havendo esta grande variabilidade, as prevalências entre estudantes universitários tendem a ser mais elevadas que nos achados da população em geral (LIMA, 2004; GIANINI et al., 2008).

Em 2005, Facundes e Ludermir investigaram a presença de TMC em estudantes da área da saúde, entrevistando os alunos dos cursos de educação física, enfermagem, odontologia e medicina da universidade de Pernambuco. A prevalência de TMC encontrada foi de 34,1%. Estratificando-se por cursos, o maior percentual foi encontrado no curso de medicina com 42,6%. Os alunos do curso de odontologia apresentaram 33,3%, enquanto os alunos da enfermagem apresentaram 31,8%. A menor prevalência foi encontrada entre os alunos do curso de educação física com 25%. Os fatores de risco encontrados nesse estudo foram ter apresentado alguma situação especial na infância/adolescência e sentir-se sobrecarregado. Situação especial durante a infância/adolescência foi definida a partir de respostas positivas quanto a dificuldades na interação social, menor nível escolar, dificuldade em fazer amigos, dificuldade em perguntar durante a aula por timidez, medos que podem afetar a performance acadêmica e/ou social, insônia, desconforto físico relacionado às avaliações acadêmicas, dificuldades em se relacionar com as figuras de autoridade, dificuldade em relacionamentos com os pais, reuniões de pais e professores em relação ao comportamento do estudante, falta de interesse em relações afetivas, ou dificuldades em conciliar estudo com prazer.

Lima et al. (2006) observaram que 44,7% dos estudantes de medicina do campus da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita (interior de São Paulo) apresentaram TMC. Estavam associados à presença de TMC: dificuldade em fazer

amigos, apresentar avaliação ruim do desempenho escolar, pensar em abandonar o curso, não receber apoio emocional necessário e apresentar uma rede de apoio social insatisfatória. Embora as pesquisas populacionais apresentem a relação entre TMC e sexo feminino, o estudo de Lima et al. (2006) não encontrou essa associação. Outro aspecto discutido pelas autoras foi a associação entre a grande exigência de desempenho, dedicação e disciplina dos alunos, contribuindo para a diminuição no envolvimento com o lazer dos mesmos, criando um ambiente propício para quadros de ansiedade, entre outros.

Na Universidade Federal da Bahia, Almeida et al. (2007) investigaram TMC entre os estudantes do curso de medicina. A prevalência de TMC na amostra total foi de 29,6%. Os fatores de risco associados ao TMC encontrados após análise multivariada foram alteração do padrão de sono, não possuir transporte próprio, não trabalhar e não realizar exercício físico. Os autores destacam a necessidade de maiores reflexões quanto à mudança do modelo curricular vigente, objetivando a diminuição dos efeitos negativos sobre a saúde mental dos estudantes.

Cunha et al. (2009) investigaram transtornos psiquiátricos menores em estudantes de medicina da Universidade de Taubaté (SP) e a procura destes por cuidados. A amostra contou com 295 alunos do primeiro ao quarto ano do curso e a prevalência foi de 26,1%. Como fator de risco, a presença de TMC mostrou-se associada ao sexo feminino, enquanto que estar na primeira série do curso mostrou-se fator de proteção. Observou-se também uma frequência alta de desconhecimento dos programas de apoio da universidade (69,1%). Embora houvesse programas ofertados na universidade para auxílio dos alunos, 33,4% procuraram ajuda de psicólogos/psiquiatras particulares ou convênios. Do total da amostra, apenas 13,2% procuraram algum tipo de ajuda.

Ao investigar a presença de TMC entre os estudantes do curso de Medicina na Universidade Federal do Espírito Santo, Fiorotti et al. (2010a) observaram que apoio emocional insatisfatório mostrou-se um fator de risco para TMC, após análise multivariada. Como se tratou de um estudo transversal – não permitindo afirmações sobre causalidade –, os autores utilizaram perguntas no questionário relacionadas à infância/adolescência. Assim, apresentar dificuldade em tirar dúvida em sala de aula por motivo de timidez no período escolar associou-se à presença de TMC. Outro achado relevante foi o fato da prevalência de TMC ser mais alta no ciclo básico do

curso de medicina (43,6%), diminuindo no ciclo clínico (40,3%) e tendo a menor prevalência no internato (27%). Ressalta-se que os alunos do segundo e quarto anos apresentaram maior prevalência. No total da amostra (220 alunos), a prevalência de TMC foi de 37,1%.

Em Aracaju-SE, a partir de um estudo transversal (COSTA et al., 2010) investigou-se Transtorno Mental Comum em estudantes de medicina de uma universidade federal. Foram avaliados 473 estudantes e os resultados mostraram uma prevalência de 40% de TMC. Segundo a pesquisa, há necessidade de melhorias no processo de ensino-aprendizagem, assim como, programas para melhorar a saúde dos universitários. Os fatores de risco que estavam associados a maior prevalência de TMC foram: sentir que não adquiriram habilidades para se tornarem bons médicos, sentir-se pouco confortável com as atividades do curso, ser emocionalmente tenso, não se considerar feliz, achar que o curso estava aquém do que esperava e ter recebido diagnóstico prévio de transtorno mental por um psiquiatra. Como em outras pesquisas, um elevado percentual de alunos queixou-se de sintomas: mais de 70% dos alunos investigados consideravam-se tensos e um terço apontava a relação professor-aluno como uma fonte de estresse importante.

Rocha e Sassi (2013) investigaram transtornos mentais menores entre os estudantes de medicina da Universidade Federal da Paraíba. A amostra contou com 384 alunos. A prevalência encontrada foi de 33,6% e os fatores de risco foram: o período do curso, idade e não seguir uma religião. Foi observado que a prevalência do transtorno mental menor era decrescente ao longo do curso. Os autores atribuíram esse achado ao fato de ocorrer um desenvolvimento emocional durante a graduação. Os autores ressaltaram a importância de os cursos de medicina ofertarem espaços para reflexão das situações de vulnerabilidade e limitações da atuação, objetivando a melhoria da qualidade de vida dos estudantes.

Há estudos que investigaram estresse e não TMC (ZONTA et al., 2006; AGUIAR et al., 2009) e que poderiam ser considerados semelhantes, na medida em que ambos não investigam transtornos mentais estabelecidos pelos sistemas classificatórios, mas identificam sujeitos em sofrimento. Aguiar et al. (2009) utilizaram o Inventário de Stress para Adultos de Lipp, nos estudantes de medicina do Ceará. Foi observado que 49,7% dos sujeitos apresentavam sintomas de estresse, e que as atividades acadêmicas eram a principal fonte deste sofrimento.

Zonta et al. (2006), a partir de uma pesquisa qualitativa, observaram, entre os estudantes de medicina, um nível elevado de estresse relacionado à grande cobrança intrapessoal e interpessoal. Os autores também ressaltaram a importância do psicológico para os estudantes e mudanças pedagógicas.

Assim como estresse, outra variável estudada na população universitária, a fim de buscar associações no que diz respeito a sofrimento psíquico, é a qualidade de vida. Bampi et al. (2013a) entrevistaram estudantes de medicina, a fim de avaliar sua qualidade de vida. Os resultados, a partir da aplicação do *World Health Organization Quality of Life – bref* mostraram que o domínio social foi mais bem avaliado e que o domínio psicológico apresentou o pior escore. Características como capacidade de concentração, oportunidades de vivências no lazer e sentimentos negativos, como: ansiedade e depressão, influenciam negativamente na qualidade de vida dos estudantes. Em outra pesquisa, utilizando o mesmo instrumento, Bampi et al. (2013b) apresentaram dados relacionados à percepção dos estudantes de enfermagem diante da própria qualidade de vida. Os autores concluíram que diferentes aspectos do meio ambiente, como: segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, atividades do contexto do lazer, condições de moradia, acesso aos serviços de saúde, meio de transporte e oportunidades de novas informações, estavam relacionados com a percepção de pior qualidade de vida.

As pesquisas citadas mostraram um nível de insatisfação perante a qualidade de vida, destacando fatores que contribuem para o decréscimo do melhor aproveitamento dos alunos em suas atividades. Não somente no Brasil, mas também em outros países, é possível encontrar estudos cujos desfechos reafirmam o sofrimento psíquico. No Nepal, Sreemareddy et al. (2007) investigaram morbidade psicológica entre estudantes de uma escola médica, utilizando o instrumento GHQ-12. Foi observado, nesse estudo, uma prevalência de 20,9% de morbidade psicológica, e que os fatores de risco associados foram: piores condições de moradia, alta expectativa dos pais, grande quantidade de conteúdo a ser estudado, pressão das provas e falta de tempo para o lazer.

Na Universidade da Califórnia – San Diego – EUA (FANG et al., 2010) pesquisadores investigaram depressão entre estudantes do ciclo básico da área da saúde e ciclo específico do curso de medicina, avaliando a interação da depressão com variáveis como gênero e etnia. Depressão foi avaliada a partir do *9-item Patient*

Health Questionnaire (PHQ-9), o qual ficou três meses disponível na internet para a participação. Concluíram que estudantes do ciclo básico da área da saúde de etnia hispânica apresentaram maior prevalência de depressão e maior intensidade para sintomas depressivos do que os alunos hispânicos do ciclo específico do curso de medicina. Observaram também que ser do sexo feminino associou-se à maior prevalência. Os autores sugeriram que há necessidade de mais estudos nesta população, com a intenção de identificar e ofertar tratamento.

Em outro estudo conduzido na Universidade da Califórnia em San Diego – EUA (FANG et al., 2012), estudantes do ciclo básico da saúde e alunos do ciclo específico da medicina foram convidados a participar de uma pesquisa a fim de avaliar síndrome de *burnout* e depressão. Foram utilizados os instrumentos: Inventário *Maslach Burnout Student Survey* (MBI-SS) e *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), para avaliar a síndrome de *burnout* e gravidade de depressão respectivamente. Após análise, os pesquisadores observaram que ser estudante do ciclo básico estava associado a maior gravidade de depressão e exaustão emocional quando comparado com estudantes do ciclo específico. Por outro lado, esses últimos apresentaram maior senso de eficácia pessoal. As diferenças de *burnout* mantiveram persistentes após o ajuste com depressão. Embora o estudo tenha apresentado limitações quanto ao instrumento utilizado e quanto às variáveis sociodemográficas investigadas, os autores concluíram que depressão e *burnout* estavam mais presentes em estudantes do ciclo básico e que há uma relação estreita entre ambas.

Um estudo realizado em uma grande universidade pública na Austrália (SAID et al., 2013) avaliou fatores de risco para diferentes transtornos mentais entre os seus estudantes (n=24.209). A taxa de resposta foi de 25% (n=6.044). As prevalências encontradas foram: 8% para depressão, 13% para ansiedade, 14% para transtornos alimentares e 8% para transtornos por uso de substâncias, e 30% para ao menos um dos transtornos citados. Os fatores de risco identificados pelos autores foram: ser do sexo feminino, fazer parte da faixa etária 25-34 anos, ter baixa renda e ser bissexual. Os autores sugeriram que uma mudança na política de rastreamento dentro da própria rotina dos alunos e intervenções realizadas mais precocemente poderiam melhorar a saúde mental, em especial, na população mais vulnerável.

Dachew et al. (2014) investigaram sofrimento mental e fatores associados, em uma universidade na Etiópia. O estudo transversal avaliou 836 estudantes por meio de um questionário estruturado, com questões sociodemográficas e o instrumento *Self Report Questionnaire* (SRQ-20). Observaram que 40,9% dos entrevistados apresentavam TMC e os fatores de risco associados eram ser do sexo feminino, não ter interesse na própria área de estudo, não ter amigos íntimos, não participar de programas religiosos, ter conflitos com amigos, apresentar dificuldade financeira, ter casos de problemas de saúde mental na família, nunca ter usado *khat*, ter pior desempenho, falta de férias e insuficiente apoio social. Os autores concluem que, devido à alta prevalência de TMC são necessárias ações conjuntas envolvendo gestores locais, funcionários da faculdade, organizações não governamentais, pais, alunos e outros órgãos interessados, criando programas, com o intuito de evitar tal sofrimento psíquico.

Considerando-se a heterogeneidade das amostras nos estudos populacionais e com condições de vida menos favorecida, a prevalência entre os estudantes de medicina se mostra ainda mais elevada, quando comparada com grupo mais próximo, em termos de indicadores sociais. O estudo de Rios et al. (2011), por exemplo, com amostras de adolescentes e adultos jovens, identificou prevalências de 19,2% a 27,8%, quando foram avaliados jovens de Feira de Santana, com idades nas faixas de 15 a 17 anos e 18 a 24 anos, respectivamente.

Outro estudo que investigou grupo etário semelhante aos universitários foi a pesquisa de Jansen et al. (2011), que encontrou uma prevalência de 24,5% de TMC em jovens de 18 a 24 anos no município de Pelotas – RS. Nesse trabalho, os fatores de risco identificados foram: ser do sexo feminino, baixa renda (classes D ou E), não estar estudando e nem trabalhando, ter consumido álcool ou tabaco pelo menos uma vez na última semana e substâncias ilícitas nos últimos três meses.

1.1 Uso de substâncias lícitas e ilícitas em universitários

O álcool e substâncias psicoativas são considerados riscos à saúde do ser humano em geral. Estudos mostram que o uso destas substâncias no período acadêmico tem sido considerado abusivo (BALDISSEROTTO et al., 2005; LUCAS et al., 2006; TOCKUS; GONÇALVES, 2008; MESQUITA et al., 2008; PEREIRA et al.,

2008; PADUANI et al., 2008; ARAÚJO et al., 2009; PETROIANU et al., 2010; BRASIL, 2010; WANSCHER et al., 2014).

A partir de dois estudos transversais feitos em 1996 e 2001, Oliveira et al. (2009) investigaram o consumo de drogas entre os universitários de medicina da USP, quanto à influência de gênero e ano letivo. Observaram um aumento de consumo de drogas ilícitas (inalantes e anfetaminas) no segundo estudo, predominando o sexo masculino e os anos iniciais do curso.

Baldisserotto et al. (2005) avaliaram os estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, quanto à presença de problemas psiquiátricos menores e uso abusivo de álcool. Por intermédio dos questionários SRQ-20 e CAGE observaram que 19,3% dos estudantes apresentavam problemas psiquiátricos menores e 25,9% uso abusivo do álcool. Observaram que as alunas do internato faziam maior uso de álcool do que os alunos no mesmo período, e que neste período o percentual de uso abusivo era maior que em outros momentos do curso.

Em 2006, Lucas et al. conduziram um levantamento quanto ao uso de substâncias psicoativas entre os estudantes da universidade federal do Amazonas. Foi aplicado um questionário utilizado pelo Centro Brasileiro sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) para a amostra dos cursos de Farmácia, Medicina e Odontologia. Oitenta e sete por cento dos alunos afirmaram já ter ingerido álcool em algum momento da vida, não havendo diferença estatística entre homens e mulheres. Trinta por cento já usaram em algum momento da vida tabaco, predominando o sexo masculino. Houve também o uso de substâncias ilícitas, como: solventes (11,9%), maconha (9,4%), anfetaminas (9,2%), cocaína (2,1%) e anabolizantes (2,1%). O sexo masculino apresentou maior uso dessas substâncias, com exceção das anfetaminas. Outro dado importante foi quanto ao tipo de bebida: 31,8% relataram beber cerveja, enquanto 13,7% bebem vinho. Segundo a pesquisa, o maior motivo para fazer uso de uma substância – seja lícita ou não, foi a curiosidade.

Em uma universidade privada do município de Curitiba-PR (TOCKUS; GONÇALVES, 2008), ao se investigar o uso de drogas entre os estudantes encontrou-se 68% relatando uso de álcool ao menos uma vez na vida, 39% já havia

feito uso de tabaco, 26% de maconha, 22% inalantes e 11% estimulantes. Para tal pesquisa foi utilizado o instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* – ASSIST. Os autores concluíram que o ambiente universitário é propício ao uso de drogas e que por isso faz-se necessário a criação de novas estratégias de prevenção.

Pesquisadores da Universidade de São Paulo - USP (MESQUITA et al., 2008) avaliaram as atitudes dos estudantes diante do abuso de drogas no meio acadêmico. Os resultados mostraram que os estudantes pensam ser mais tolerantes ao abuso, havendo uma consideração de que os mesmos são menos vulneráveis ao uso abusivo do álcool. Tal achado foi interpretado como possível aceitação sociocultural, visto que o álcool, muitas vezes, é incentivado pelo *marketing* de tais produtos. Os estudantes se consideraram um grupo de risco quando questionados a dependência de drogas ilícitas, apresentando maior preocupação quanto a essas drogas do que ao álcool. Por fim, os autores encontraram como fatores de risco a rotina estressante, criando uma possível dependência de qualquer tipo de droga ilícita, e casos de dependências na família.

Pereira et al. (2008) entrevistaram 168 universitários do curso de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. Questionados sobre o uso de alguma substância durante a vida, seja ela lícita ou não, 86,9% relataram ter usado álcool, 22% tabaco, 15,5% solventes, 10,1% anfetaminas, 9,5% maconha, 1,8% alucinógenos e 0,6% barbitúricos. Os dados mostraram um prejuízo quanto à frequência dos alunos que faziam uso de alguma substância, apresentando 35,7% de alunos que relataram faltar das aulas de uma a três vezes no último mês e 19% nove ou mais vezes no mesmo período. Não houve diferença estatística quanto ao sexo no uso de álcool. Observaram que os universitários tendem a utilizar o álcool em bares, danceterias e boates e que 78,1% costumam beber com os amigos. Nos últimos doze meses, 17,8% dos alunos entrevistados experimentaram a embriaguez de uma a cinco vezes nos últimos trinta dias e 3,4% tiveram esse comportamento de seis a dezenove vezes no último mês. O estudo sugere que se criem disciplinas nas grades curriculares do curso de medicina, a fim de trabalhar temas relacionados aos danos que tais substâncias psicoativas podem causar.

Em Minas Gerais, Paduani et al. (2008) investigaram o consumo de álcool e fumo entre os estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal de

Uberlândia. Entre os 303 alunos entrevistados do primeiro ao quinto anos, 66,3% faziam uso de álcool. Essa prevalência tendia a crescer ao longo do curso, iniciando no primeiro ano com 55,7% e chegando a 81,5% no quinto ano, tendo a maior prevalência no sexo masculino. Quanto ao tabaco, apenas 3,3% faziam uso do mesmo. Entre as bebidas alcoólicas mais consumidas estão a cerveja com 68,6%, destilados com 46,3%, vinho com 45,8% e chope com 33,3%. Segundo os estudantes as situações mais propícias para o consumo foram: festas universitárias (72,4%), períodos pós prova (72,4%), ao final de dia estressante (3,6%) e 21,2% responderam todos os motivos anteriormente citados.

Em 2009, Araújo et al. pesquisaram o uso de álcool e psicotrópicos e sofrimento psíquico entre os estudantes de medicina de uma universidade particular no estado de São Paulo. Aplicaram dois questionários: o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) a fim de avaliar o uso de álcool e o GHQ-12 para sofrimento psíquico. Os alunos do primeiro ano apresentaram maior consumo de substâncias psicoativas, enquanto os alunos do sexto ano o consumo de álcool mais elevado. Ressalta-se que não houve diferença entre os sexos e que não houve associação entre sofrimento psíquico e uso de álcool ou substâncias psicoativas. Foi encontrado, por meio do questionário AUDIT, prevalências de 90,5% de uso sem dependência entre os alunos do primeiro ano e 76,8% no sexto ano. Apresentaram risco de dependência 9,5% de estudantes no primeiro ano e 20,2% no sexto ano. Por fim, nenhum aluno apresentou dependência grave ao álcool no primeiro ano, ao passo que 2,7% apresentaram no sexto ano.

Petroianu et al. (2010) verificaram a prevalência do consumo de álcool, tabaco e outras drogas em universitários do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Foi observado que 85,2% da população estudada já havia tido contato com o álcool, 16,3% com tabaco, 16,5% com maconha e 6,9% com LSD. Observaram que o álcool se relacionou com o consumo de outros tipos de drogas, e que a adesão a essa vivência estava relacionada ao perfil de estudantes solteiros, do sexo masculino, que moravam distante da família e que eram dependentes financeiramente.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (BRASIL, 2010), fizeram o primeiro levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras

drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Com uma amostra de aproximadamente 18.000 universitários foram encontradas prevalências de 48,7% que usaram alguma droga ilícita e 86,2% que experimentaram álcool, ambos pelo menos uma vez na vida. Quando avaliado o uso nos últimos 12 meses, o consumo de álcool foi de 72% enquanto drogas ilícitas 35,8% e em relação aos últimos 30 dias, 60,5% faziam consumo de álcool e 25,9% o uso de drogas ilícitas. Também foram observadas prevalências no uso na vida de substâncias como: tabaco (46,7%), maconha, haxixe, Skank (26,1%), inalantes e solventes (20,4%), cocaína em pó (7,7%), merla (0,8%), crack (1,2%), alucinógenos (7,6%), chá de ayahuasca (1,4%), esteróides anabolizantes (3,8%), tranquilizantes e ansiolíticos (12,4%), sedativos ou barbitúricos (1,7%), analgésicos opiáceos (5,5%), xaropes à base de codeína (2,7%), anticolinérgicos (1,2%), heroína (0,2%), anfetamínicos (13,8%) e drogas sintéticas (2,2%).

Por fim, Wanscher et al. (2014) investigaram, por intermédio de um estudo qualitativo, o uso de substâncias psicoativas por alunos do ensino superior, na região oeste do Estado de Santa Catarina. Foram entrevistados alunos dos cursos de: Psicologia, Agronomia, Zootecnia, Educação Física, Educação Especial, Pedagogia, Ciências Contábeis, Direito, Arquitetura, Artes Visuais, Designer e Administração utilizando o instrumento ASSIST. Foi encontrada uma prevalência de 83,7% de estudantes que fazia uso de álcool, 23,3% de tabaco e 6,9% de maconha. Concluíram que o risco de dependência química está aumentando, levando a uma perda nas atividades desenvolvidas pelos pesquisados, causando prejuízos profissionais e riscos de comorbidades psiquiátricas. Os autores sugerem a criação de espaços para compartilhar informações em sala de aula, para a prevenção ao uso de substâncias psicotrópicas.

1.2 Transtorno Mental Comum e lazer

Como há estudos que apontam a sobrecarga acadêmica como um fator de risco para TMC e outras formas de sofrimento psíquico (FACUNDES; LUDERMIR, 2005; FIOROTTI et al., 2010b), optou-se por buscar na literatura investigações que tenham tratado especificamente da associação com lazer. Não ha muitos estudos que tenham se aprofundado neste tema.

Em um estudo qualitativo, Zonta et al. (2006) analisaram relatos de alunos de graduação de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Entre os apontamentos, o lazer foi citado, sendo discutido o equilíbrio entre o estudo e o lazer. No estudo de Zonta et al. (2006) é possível encontrar nas vivências citadas diferentes formas de vivências nos conteúdos culturais do lazer, como: físico-desportivo - natação, ciclismo, corrida; artístico - ouvir música e assistir televisão; intelectual - fazer cursos de outra língua, e sociais - estar em grupo, passeios com namorado e ter contato com pessoas que não fazem parte do ambiente acadêmico. Todas estas práticas, citadas pelos alunos, foram estratégias encontradas por eles para enfrentar o estresse.

Rios et al. (2011) apresentaram dados significativos voltados a fatores de proteção para TMC o engajamento em atividades desenvolvidos no contexto do lazer. Em seu estudo, foram utilizados os dados dos sujeitos entre 15-29 anos, totalizando 1.400 sujeitos. Nesta amostra, proveniente do município de Feira de Santana-BA, 47,7% eram jovens entre 18-24 anos, sendo mais da metade mulheres (68,4%) e solteiras (68,5%) e a escolaridade foi de 55,4% para os pesquisados que estavam concluindo ou cursando ensino médio. Dentre os sujeitos, 89,9% vivenciaram alguma atividade no âmbito do lazer, classificadas segundo a intensidade em: leve, moderada e intensa. Um achado significativo foi a presença de TMC aumentada entre os sujeitos que não praticavam qualquer atividade no contexto do lazer.

Rocha et al. (2012) aplicaram um questionário com o objetivo de analisar a associação entre praticar atividade física e TMC, em uma amostra de 3.597 sujeitos acima de 15 anos, nas áreas urbanas de Feira de Santana-BA. Os autores constataram que 27,7% dos sujeitos eram ativos em relação à prática de atividade física e que, mesmo controlando para variáveis confundidoras como sexo, faixa etária, renda, escolaridade, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo, a prevalência de TMC se mantinha menor nos sujeitos considerados ativos. Os autores discutem ainda que se faz necessário o incentivo à criação de programas que ofereçam práticas de atividade física para a população.

Em outro estudo transversal, feito na Universidade Federal de Alagoas-AL, foi pesquisado o nível de atividade física e transtorno mental comum em estudantes da área da saúde. Foram aplicados os questionários – IPAQ (*Internacional Physical Activity Questionnaire*) e SRQ-20 para a avaliação, respectivamente, das variáveis.

Os resultados mostraram que os alunos que praticavam atividade física tinham três vezes menos chance de apresentar um quadro de TMC (SILVA; CAVALCANTE NETO 2014). Embora este estudo se destaque dos demais por avaliar o tempo e o tipo de prática, o mesmo não avalia outros ganhos que a atividade física pode oferecer.

Diante dos estudos que associaram TMC e lazer citados anteriormente, surge a necessidade de compreender, mesmo que brevemente, o lazer, sua história e a relação com o campo da saúde.

1.3 Lazer

No conceito elaborado em 1990 por Marcellino, lazer é definido como:

[...] a cultura – compreendida no seu sentido mais amplo – vivenciada (praticada ou fruída) no “tempo disponível”. O importante, como traço definidor, é o caráter “desinteressado” dessa vivência. Não se busca, pelo menos fundamentalmente, outra recompensa além da satisfação provocada pela situação. A “disponibilidade de tempo” significa possibilidade de opção pela atividade prática ou contemplativa (p. 31).

Pensar em cultura, tempo disponível e/ou livre, satisfação, atividade prática ou contemplativa, muitas vezes ultrapassa a visão limitada do senso comum a respeito do lazer. Este, frequentemente, é compreendido apenas como a participação em eventos turísticos, em encontros sociais ou nas práticas esportivas.

No Brasil, o conceito do lazer está também associado ao entretenimento, dentro do campo da diversão e ligado fortemente ao mercado da indústria cultural, enquanto que, em países europeus (em geral nos países de língua espanhola), o lazer e o ócio são sinônimos, cuja busca está relacionada aos prazeres pessoais, subjetivados por cada indivíduo (MARTINS, 2013).

Bacheladenski e Matiello Júnior (2010) fizeram um levantamento acerca de estudos que relacionam a palavra lazer com promoção à saúde, procurando compreender como o lazer é tratado neste campo. Foi observado que, em muitos artigos, o envolvimento nas práticas de atividades do contexto do lazer é apenas citado como ferramenta para o bem-estar e qualidade de vida e que apenas 23% destes artigos encontrados apresentavam algum tipo de prática descrita.

Para compreender a dimensão do lazer, faz-se necessário buscar, na história da humanidade, o surgimento deste conceito, o seu significado e as transformações

que sofreu ao longo do tempo. Cabe ressaltar que esta não será uma revisão exaustiva, visando apenas apresentar o caminhar histórico do lazer e sua importância para o ser humano.

1.4 História do lazer

Com base na etimologia da palavra, lazer vem do latim “*licere*” e “*licet*” que significa “ser lícito” “ser permitido”, “poder”, “ter o direito” (TORRINHA, 1937). Gomes (2008) descreve algumas características dos gregos e romanos, em especial detalhes do funcionamento das cidades de Esparta e Atenas. Enquanto Esparta se dedicava à ginástica e à educação moral, Atenas vivenciava o apogeu urbano, intelectual e artístico. Atenas fora um palco de encontros de grandes filósofos, políticos e local da criação da Olimpíada. Embora a prática esportiva possa fazer parte do lazer, a competição olímpica não fazia parte do conceito de lazer, pois os mesmos estavam ligados ao culto do corpo; enquanto que o lazer por sua vez estava ligado ao ócio e à prática da *skholé* (GOMES, 2008).

Neste período, o ócio era praticado e, até hoje, encontramos autores que discutem tal vivência. Cuenca (CUENCA, 2008 apud MARTINS, 2013 atribui ao ócio uma vivência que proporciona a experiência satisfatória, prazerosa, sem a necessidade de atender demandas exteriores (social e ambiental). A prática do ócio estaria ligada ao sentido da vida, subjetivo aos valores do sujeito, alcançando a realização pessoal na vivência escolhida. Na tradução literal, a palavra “[...] *ócio deriva do latim, que significa o fruto de horas vagas, do descanso e da tranquilidade, carregando consigo o sentido de ocupação suave e prazerosa.*” (MARTINS, 2013, p.17).

O termo *skholé*, citado anteriormente, tem sua origem do grego e seu significado é escola, local de aprendizagem, ambiente livre para o desenvolvimento pessoal. Assim com Gomes (2008), Munné e Gómez relacionam este termo ao lazer diante da perspectiva de desenvolvimento pessoal (MUNNÉ, 1980 apud AQUINO; MARTINS, 2007; GÓMEZ, 1992 apud AQUINO; MARTINS, 2007).

É possível observar ainda que, na Grécia antiga, o lazer era visto como momento de contemplação, uma busca interior, cujo objetivo era encontrar, dentro de si, o sentido da vida, sensações e situações (GOMES, 2008). Como apresentado anteriormente, o ócio equivaleria, então, a momentos livres de ocupações basais,

em busca de um crescimento pessoal, instante de ofertar liberdade para a mente, a fim de encontrar nela mesma o prazer pessoal. Nota-se, nesta época, que o ócio² não se opunha ao trabalho, como será visto a seguir.

No período da Revolução Industrial, com o surgimento do capitalismo, há mudanças no processo de produção, havendo, não só a necessidade de se trabalhar para o próprio sustento, como também, como fonte de lucro para o empregador. Este período foi marcado pela presença de grandes pensadores, em especial, Karl Marx, crítico do capitalismo.

Lafarge (2003) descreve as fábricas modernas deste momento da história como “[...] casas ideais de correção onde massas operárias são encarceradas, onde se condenam a trabalhos forçados, durante 12 a 14 horas, não só os homens, como também as mulheres e as crianças.” (LAFARGE, 2003, p. 27). Ele cita também as condições de saúde dos trabalhadores como: “[...] hoje as moças e as mulheres estão na fábrica, insignificantes flores de cores pálidas, com o sangue sem força, estômago deteriorado, os membros sem energia.” (LAFARGE, 2003, p. 29). Em nota, o autor reproduz a fala de um respeitado fabricante na cidade de Bruxelas, em 1857, onde o mesmo dizia:

Introduzimos algumas distrações para as crianças. Nós as ensinamos a cantar durante o trabalho, e também a contar enquanto trabalham: isso as distrai e as faz aceitar com coragem aquelas doze horas de trabalho que são necessárias para lhes proporcionar os meios de subsistência (LAFARGE, 2003, p.89).³

Mascarenhas (2005) apresenta o panorama do lazer dentro da perspectiva capitalista. Após períodos extremamente rigorosos, como o explicitado anteriormente, o próprio capitalismo é forçado a se confrontar com a necessidade do empregado descansar para melhor render nos dias seguintes. É neste momento da história que surgem gradativamente políticas em prol do trabalhador, iniciado pela ideia de *welfare state* – estado de bem-estar. A partir deste momento, surgiram leis

² Seguindo os estudos de língua espanhola, aqui o ócio é sinônimo de lazer.

³ Embora o cantar e o contar possam ser atividades lúdicas, no contexto visavam apenas aumentar a produção destas crianças.

trabalhistas, como: seguro desemprego, previdência, proteção legal do trabalhador, desencadeando, então, os direitos à cidadania, dentre eles, o direito ao lazer.

Embora tais leis tenham sido criadas em benefício do trabalhador, todos estes direitos serviram de estratégias para fazer o trabalhador render mais, produzindo mais e, por consequência, multiplicando o lucro dos empresários. O lazer, neste período, tinha a função principal do descanso. Como exemplos, a diminuição da jornada de trabalho e a oferta de um dia de descanso permitia usufruir deste tempo livre para atividades que lhes causassem prazer e, ao mesmo tempo, o relaxamento do corpo.

A partir do momento que o tempo livre passou a ser valorizado dentro da jornada diária, surgiu naturalmente o questionamento do que seria realmente este tempo livre. É possível dizer que o tempo oposto ao trabalho é tempo livre? Este período é livre de quais tipos de obrigações?

Elias e Dunning (1992) discutem a definição de tempo livre apresentando dois conceitos: tempo de trabalho profissional e o trabalho não profissional, considerando o primeiro aquele com ganho monetário e o segundo sem tal ganho, exemplos: cuidar da casa, dos filhos, cuidar da saúde, formação acadêmica/profissionalizante, religião, trabalho voluntário, entre outros. Em sua concepção, o tempo livre é o tempo desprovido de obrigações economicamente válidas pela sociedade. É esse tempo que o sujeito tem para cuidar das outras esferas da vida como: família, vida pessoal, saúde, bem-estar... Tempo de ocupar-se com atividades relevantes na vida do sujeito, porém que não lhe oferecerão recompensa monetária. Neste tempo de não obrigações, o lazer se encontra como uma ferramenta que o sujeito tem em seu poder para se ocupar em uma das esferas da vida fora do trabalho – exemplo: cultivar as relações familiares, cuidar da saúde e conhecer pessoas de outros convívios sociais.

Segundo Elias e Dunning (1992):

[...] todas as atividades de lazer são atividades de tempo livre, mas nem todas as de tempo livre são de lazer... as características especiais das atividades de lazer só podem ser compreendidas se forem consideradas, não apenas em relação ao trabalho profissional, mas também, em relação às várias atividades de não lazer, no quadro de tempo livre (p. 145/49).

O autor discute que o trabalho profissional gera tensões e que o lazer pode propiciar o alívio das mesmas. Embora empiricamente este pensamento venha sendo aceito, o autor levanta a discussão acerca da “tensão”. Se as tensões no trabalho profissional são taxadas como negativas, evidenciando a necessidade do relaxamento, como pode, o lazer, por intermédio de suas práticas, propiciar tal alívio? Realmente algumas práticas podem até apresentar relaxamento, porém inúmeras outras criam experiências de grande tensão, como por exemplo: práticas de esportes radicais e jogos competitivos.

Munné (1984) propôs quatro tipos de tempo, sendo o primeiro o tempo psicobiológico, período destinado a ocupações referentes às necessidades endógenas, impostas pela natureza física e psicológica. O segundo tipo é o tempo socioeconômico, momento destinado às ocupações laborais, atividades domésticas, estudos e/ou qualquer outra atividade de demanda pessoal e coletiva, regidas por valores sociais e capitais. O terceiro tipo é o tempo sociocultural, período dedicado às atividades voltadas à sociabilidade dos sujeitos, como visitar amigos, ir ao cinema, cuidar dos filhos, frequentar atividade religiosa, entre outras. Neste tipo de tempo as vivências estão pautadas dentro dos sistemas de valores regidos pela sociedade. Por último, o quarto tipo, é o tempo livre. Para Munné, esse tempo é destinado a vivências de total autonomia subjetiva do sujeito, havendo, fundamentalmente, ações autocondicionadas e de mínimo heterocondicionamento. Nesse último se encontra o tempo para vivenciar o ócio e/o lazer. Em parceria com Codina (MUNNÉ; CODINA, 2002) o autor aprofunda a importância do autocondicionamento para o exercício da liberdade, procurando a realização pessoal no tempo livre que é permitido ao sujeito.

Dentro da discussão sobre o tempo e sua tipologia, Munné (1984) apresenta e discute os conceitos de auto e heterocondicionamento. Autocondicionamento, segundo o autor, é um conceito voltado a vivências de atividades de interesse do sujeito, sem influência externa, em contrapartida, o heterocondicionamento está ligado a atividades que o sujeito vivencia com algum tipo de influência social e/ou financeira.

Para melhor compreensão, Munné explica os conceitos dentro da tipologia do tempo. Assim o tempo socioeconômico, regido pelas regras do sistema, apresenta claramente a necessidade externa de vivência desse tempo, colocando-o dentro do

conceito de heterocondicionamento. Nos tempos psicobiológicos e socioculturais ocorre uma mescla de ambos os condicionamentos, devido às necessidades subjetivas de cada sujeito (autocondicionadas) e as ofertas externas (heterocondicionadas). O autocondicionamento está relacionado à autonomia do sujeito diante de uma vivência. Para Munné, o tempo livre deveria ser o tempo de maior predominância da prática do autocondicionamento, pois a autonomia (livre do sistema social e/ou capital) garantirá uma vivência rica e consciente dentro da experiência escolhida.

Infelizmente, com toda a evolução social cultural e financeira, o lazer foi se transformando em produto e perdendo o seu conteúdo. Neste aspecto, Martins (2013) faz uma crítica apresentando a realidade do lazer. Nas palavras do autor: “[...] *o mundo hipermoderno tomado pelo consumismo termina por influenciá-lo de forma a deteriorá-lo, mercantilizá-lo, coisificando-o e empobrecendo-o de significados.*” (MARTINS, 2013, p. 14).

Outro aspecto discutido por Martins (2013) é o fato de constantemente sermos bombardeados de informações que exigem ações sem, ao menos, termos tempo para elaborar um pensamento, resultando em uma sociedade condicionada a atender mais as demandas externas do que as internas, o que leva a “[...] *uma existência mais voltada ‘para fora’ do que ‘para dentro’*” (MARTINS, 2013, p. 12).

1.5 Lazer e saúde

A Organização Mundial da Saúde (1946) define saúde como: “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. Diante deste conceito o lazer se apresenta como uma ferramenta para oferecer, seja como tratamento ou prevenção para tal bem estar.

Para isto, é de suma importância entender primeiramente que o lazer, atualmente, é constituído por diferentes interesses, contemplando as diversas áreas da vida de um indivíduo, sendo eles: (DUMAZEDIER, 1975, 1980; CAMARGO, 1986; SCHWARTZ, 2003)⁴.

⁴ Embora esses conceitos sejam antigos, eles oferecem uma classificação mais clara das vivências no lazer, ainda que não sejam amplamente utilizados pelos estudiosos da área. Nesse estudo, optou-se por apresentá-los deste modo, por considerá-la uma apresentação didática para profissionais não familiarizados com a discussão sobre lazer.

- Artístico: manifestações artísticas; exemplos: visita ao museu e bibliotecas, ir ao cinema, teatro e/ou shows, assistir televisão, tocar algum instrumento e ouvir músicas;
- Intelectual: predominância de busca por informações objetivas, desenvolvimento pessoal; exemplos: jogos como damas, xadrez, gamão, memória, participar de palestras e cursos, e leituras de livros, revistas e/ou jornais;
- Físico-esportivo: predominância do movimento corporal; exemplos: esportes coletivos e individuais;
- Manual: capacidade de manipulação; exemplos: artesanato, carpintaria, marcenaria, corte e costura, culinária e jardinagem;
- Social: busca por relacionamento, contato interpessoal; exemplos: festas, casas noturnas, encontros em restaurantes, pizzarias, lanchonetes, clubes e bares;
- Turístico: ruptura da rotina temporal ou espacial, além do contato com novas paisagens e culturas; exemplos: viagens regionais, nacionais, internacionais, parques temáticos.

Há discussões quanto à inclusão do interesse virtual, cujo objetivo seria o contato mais ágil com informações, relações sociais e diversão, como por exemplo: *sites* de entretenimento, notícias, redes sociais e jogos eletrônicos (SCHWARTZ, 2003; GOMES, 2004).

Embora o lazer virtual não seja incluído nestes conteúdos, Munné e Codina (2002) apresentam a importância da tecnologia no âmbito do lazer. Os jogos eletrônicos têm ocupado o espaço das práticas físicas, além do desenvolvimento da aptidão para processamento de informações visuais, que possibilitam o bom treino para a entrada no mundo da informática.

Por intermédio do conhecimento breve dos interesses pré-estabelecidos dentro do campo do lazer, é possível encontrar inúmeros estudos que focalizam o lazer – seja como mera exposição dos seus benefícios, ou na sua prática real (BACHELADENSKI; MATIELLO JÚNIOR, 2010) associado à promoção da saúde e/ou prevenção de agravos da mesma.

Roeder (1999), em uma revisão sobre os benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais, acrescentou que este tipo de atividade é também

importante para a qualidade de vida. Para este autor, qualidade de vida englobaria vários aspectos como: educação, cultura, esporte, lazer, seguridade social e habitação. Roeder observou ainda que há uma defesa das práticas corporais inclusive como tratamento para os transtornos mentais, elencando benefícios como melhoria do humor e controle do estresse.

Araújo et al. (2007), em estudo já citado, investigaram a importância das práticas de atividades no lazer e a morbidade psíquica em residentes da área urbana do município de Feira de Santana. Os autores observaram que, embora o número de usuários no âmbito do lazer tenha sido pequeno, houve associação entre as vivências e o bem-estar. Nesse estudo, os autores observaram que, na área urbana do município, cerca de 60% da população vivenciava as atividades do contexto do lazer, sendo que os homens solteiros relatavam usufruir mais das vivências de lazer do que as mulheres na mesma situação.

Benedetti et al. (2008) encontraram associação significativa entre demência e depressão com o sedentarismo. Comparando-se os sujeitos ativos e inativos, observaram um risco entre os últimos de $OR=2,74$ para demência e $OR=2,38$ para depressão.

Vieira et al. (2009) apresentaram a hidroginástica como auxílio terapêutico para a redução do nível de ansiedade. Após a intervenção de doze semanas, o grupo experimental apresentou melhorias no perfil de saúde mental, ocorrendo redução significativa do nível de ansiedade, além da melhoria do humor na redução de tensões, depressão, raiva, confusão e aumento do vigor.

Carvalho (2008) discutiu o lazer e sua relação com a saúde e apresenta questões como as barreiras encontradas no contexto social ao se deparar com pensamentos de que o lazer é algo supérfluo à vida, a mudança das políticas curativas e assistencialistas para uma política de prevenção e promoção a saúde.

Segundo a autora:

O espaço e o tempo do lazer podem ampliar as possibilidades de encontrar, escutar, observar e mobilizar as pessoas adoecidas para que no processo de cuidar do corpo elas efetivamente construam relações de vínculo, de corresponsabilidade, autônomas, inovadoras e socialmente inclusivas de modo a valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde que podem ser os parques, as praças e as ruas. (CARVALHO, 2006, p. 114).

Em outro texto, Carvalho diz:

“Lazer e saúde compõem, podem estar articulados porque se inscrevem no modo de viver das pessoas e conformam uma cultura corporal que traduz interesses, necessidades, valores e desejos que, por sua vez, são fundamentais e precisam ser reconhecidos para aprendermos a “fazer a vida melhor”” (CARVALHO, 2005 p. 18).

A relação do lazer especificamente com a saúde mental vem sendo estudada em vários países, embora aspectos relacionados como, por exemplo, o benefício do ócio, já tenha sido discutido desde a Grécia antiga. Shank, em 2000, apresentou marcos teóricos importantes para o embasamento do ócio terapêutico e saúde mental.

Corroborando os autores já citados, Shank descreveu o conceito de ócio, definindo-o por três aspectos. O primeiro se refere ao tempo livre, o segundo como atividade recreativa e o terceiro que implica no sentido atribuído para a experiência que tais práticas exprimem na vida do praticante.

Fine (1996), citado por Shank conceituou a saúde mental como: “[...] um construto complexo que inclui o sentimento de autoestima, capacidade e sentido de identidade pessoal ou sentido. É a capacidade de sentir prazer e diversão, um sentimento de pertença a um grupo e motivação significativa para se engajar no mundo.” (FINE, 1996 apud SHANK, 2000, p. 15, tradução nossa).

Por último, é apresentado o conceito de recreação, que reporta a atividades praticadas no tempo livre. Tais práticas podem adotar várias formas, sendo estruturadas em função das normas e cultura da sociedade.

No final do século XX, nos Estados Unidos, o ócio terapêutico ganhou espaço nos serviços de tratamentos psiquiátricos. Segundo Austin em 1996 (apud Shank, 2000), esta prática tinha dois objetivos: o primeiro, de proteção à saúde e o segundo, de promoção à mesma. Conforme Austin:

[...] a missão do ócio terapêutico é usar as atividades, de recreação e lazer para ajudar as pessoas face aos problemas que atuam como barreiras para a saúde e crescimento no máximo nível de saúde integral. (AUSTIN, 1997, p. 144)

Stumbo e Peterson (2000), na década de 1980, discutem o modelo de habilidade do ócio. Para os autores, esse modelo é o mais antigo, fundamentado no *locus* do controle interno, motivação intrínseca e liberdade de escolha. É um modelo

de intervenção de ócio terapêutico e, por se tratar de intervenção, o mesmo utiliza três componentes, sendo eles: tratamento, educação do ócio e participação do ócio.

Desta forma, encontramos nas publicações atuais tal associação, buscando incentivar as práticas do contexto do lazer como ferramentas para tratamentos de prevenção e promoção da saúde física e mental. Em uma revisão bibliográfica acerca do lazer como fator de proteção à saúde psíquica, Pondé e Caroso (2003) elencaram cinco diferentes associações encontradas na literatura entre “lazer” e “saúde mental”, sendo elas: (1) menor acesso ao lazer devido à presença de transtornos psiquiátricos, (2) lazer como ferramenta de reabilitação de portadores de desordens mentais, (3) satisfação e insatisfação nos momentos destinados ao lazer associados a uso de drogas, (4) benefícios das práticas para a promoção do bem-estar e, por fim, (5) tais práticas como fatores protetores de sintomas psicológicos.

Bonatto (2006), em revisão sobre o lazer na adolescência, discute sua importância para o desenvolvimento e maturação psicoemocional dos jovens. A autora observa que há um consenso de que o lazer ofereceria a oportunidade de estabelecer relações, compreender os processos psíquicos, construir, desenvolver e amadurecer emocionalmente, formar a identidade, abrir possibilidades de tomadas de consciência da originalidade e criatividade, compreender e adotar valores que permitem a integração social.

Os estudos que relacionam o lazer com os adolescentes e jovens adultos vêm crescendo de tal modo, que Freire e Fonte (2007), em Portugal, adaptaram a escala intitulada *Leisure Attitude Scale* para avaliar as atitudes face ao lazer, em função dos três componentes de atitudes (cognitiva, afetiva e comportamental) para a população de estudantes adolescentes e jovens adultos portugueses.

Como mencionado anteriormente, pesquisas com graduandos da área da saúde têm mostrado o grande número de alunos que, por sobrecarga de atividades do curso, deixam de vivenciar as atividades do contexto do lazer. Em vários estudos isto tem sido associado a sofrimento psíquico.

QUADRO 1 - Pesquisas que identificaram Transtorno Mental Comum entre estudantes da área da saúde.

Autor/ano	População	Local	Tipo de estudo	Achados
Facundes e Ludermir, 2005	Estudantes: educação física, Enfermagem, Odontologia e Medicina	Recife PE	Transversal	TMC*: 34,1% FR**: sentir-se sobrecarregado; presença de situações especiais durante a infância e adolescência.
Lima et al., 2006	Estudantes medicina (551)	Botucatu SP	Transversal	TMC: 44,7% FR: dificuldade em fazer amigos; avaliação ruim no desempenho escolar; pensar em abandonar o curso; não receber apoio emocional necessário (rede de apoio social).
Almeida et al., 2007	Estudantes de medicina (223)	UFBA	Transversal	TMC: 29,6% - diminuição da prevalência ao passar dos anos, com exceção do quinto ano. FR: alteração padrão do sono; não possuir transporte próprio; não trabalhar; não realizar exercício físico.
Cunha et al., 2009	Estudantes medicina 1-4ºano	Taubaté SP	Transversal	TPM***: 26,1% Alunos não procuram ajuda – autores evidenciam a inatividade dos programas de apoio atual. 59,2% não conheciam nenhum programa e 9,1% procuraram ajuda Características dos alunos que apresentam TPM: 41,6% moravam sozinhos; 75% mulheres.
Costa et al., 2010	Estudantes de medicina (473)	UFS– SE	Transversal	TMC=40% Ao retirar os calouros a tx sobe para: 42,5% FR: sentir que não adquiriu a habilidade necessária para se tornar bom médico; sentimento de pouco conforto com as atividades do curso; que se consideram emocionalmente tensos; não considerar feliz; expectativa frustrada em relação ao curso; diagnóstico prévio de transtorno mental feito por um psiquiatra. Necessidade de mudança no processo ensino-aprendizagem e criação de programas voltados aos cuidados da saúde mental dos alunos.

*TMC: transtorno mental comum** FR: fatores de risco*** TPM: transtorno psiquiátrico menor

QUADRO 1 - Pesquisas que identificaram Transtorno Mental Comum entre estudantes da área da saúde (continuação).

Autor/ano	População	Local	Tipo de estudo	Achados
Fiorotti et al., 2010a	Estudantes de medicina (480)	EFES – ES	Transversal	TMC: 37,1% TMC= 2º e 4ºano mais altos Ciclo básico: TMC=43,6% Ciclo clínico: TMC=40,3% ciclo internato: TMC= 27% FR: apoio emocional; tirar dúvidas em sala de aula por timidez
Jansen et al., 2011	Jovens de 18 a 24anos	Pelotas RS	Transversal	TMC: 24,5% FR: mulheres; baixa renda; não estudar; não trabalhar; uso de álcool e/ou tabaco na última semana; uso de substâncias psicoativas nos últimos 3 meses; relação inversa entre qualidade de vida e TMC (<QV = >TMC)
Rocha e Sassi, 2013	Estudantes de medicina	Paraíba PB	Transversal	TMM****:33,6% FR: período do curso, idade e não seguir nenhuma religião

*TMC: transtorno mental comum ** FR: fatores de risco **** TMM: transtorno mental menor

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

-Estimar a prevalência de TMC e sua associação com o lazer, entre estudantes da área da saúde do campus de Botucatu, UNESP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever tipo e frequência de atividades no lazer
- Estimar a prevalência de TMC
- Analisar a associação entre TMC e lazer, controlando variáveis sociodemográficas, uso de álcool e rede de apoio social.

3. HIPÓTESE

Espera-se que:

- TMC apresente prevalência em torno de 40%, como em estudos anteriores realizados na mesma instituição;
- Práticas no lazer seja um fator de proteção para TMC, mesmo após ajuste para variáveis sociodemográficas.

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, subprojeto da pesquisa “Condições de vida e saúde de estudantes de enfermagem, medicina e nutrição do campus de Botucatu”, conduzida no campus de Botucatu, em 2013, que investigou uma série de aspectos relacionados à saúde mental destes alunos. Neste estudo, foram analisados aspectos relacionados ao lazer e transtorno mental comum.

4.1 Casuística

Os participantes deste estudo foram todos os alunos regularmente matriculados nos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição do Campus de Botucatu, que concordaram em participar, após terem sido informados sobre os objetivos e métodos, e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE (Anexo 1). Foram elegíveis os alunos presentes em sala de aula no momento da aplicação dos instrumentos e que concordaram em participar.

QUADRO 2 - Distribuição dos alunos de graduação dos cursos participantes da pesquisa, Campus da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu-SP, 2012

Curso	Nº de alunos matriculados*
Enfermagem	132
Medicina	565
Nutrição	152
TOTAL	849

*Dados obtidos junto às seções técnicas de graduação da UNESP, campus de Botucatu, 2013.

4.2 Procedimento

A coleta de dados foi agendada previamente com os professores, nas disciplinas que apresentaram menores percentuais de faltas. Após a explicação geral da pesquisa, todos receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário. Os questionários em branco e/ou TCLE sem assinatura foram considerados como “não aceitação de participação na pesquisa”.

No período da coleta dos dados houve greve na instituição, o que ocasionou uma interrupção na mesma. Como o SRQ avalia a presença de sintomas nos 30 dias anteriores, optou-se por retornar a coleta após um mês do reinício das aulas.

4.3 Instrumentos de avaliação

O questionário (Anexo 2) aplicado na pesquisa “Condições de vida e saúde de estudantes de enfermagem, medicina e nutrição do campus de Botucatu”, foi constituído por vários instrumentos, contudo, este estudo utilizou apenas os seguintes:

- A. Formulário para coleta de características sociodemográficas e sobre o curso universitário (ex.: área; ano e período do curso);
- B. Escala de apoio social
- C. *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20)
- D. *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)
- E. Questionário para investigação sobre lazer

4.3.1 Formulário para coleta de características sociodemográficas e sobre o curso universitário

As questões relativas a estas caracterizações estão enumeradas de A1 a A28 no questionário (Anexo 2). Foram avaliados aspectos gerais como: sexo, cor da pele, estado civil, renda, escolaridade dos pais, etc., e aspectos da vida acadêmica: ano de ingresso na universidade, curso, período, bolsa de estudo, etc.

4.3.2 Escala de Apoio Social

A Escala de Apoio Social foi desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991) para o *Medical Outcomes Study* (MOS), com propósito de avaliar a percepção de apoio social dos adultos portadores de doenças crônicas e usuários de serviços de saúde em Boston, Chicago e Los Angeles, nos Estados Unidos. Foi adaptada e validada para a população brasileira por Griep (2003a), Griep et al. (2003b, 2005). Em sua forma original, abrange cinco dimensões de apoio social: material, afetiva, interação social positiva, emocional e de informação (GRIEP et al., 2003b, 2005). O

instrumento é composto por 19 questões baseadas na instrução “Se você precisar, com que frequência conta com alguém?”, às quais os participantes devem responder assinalando uma das cinco repostas possíveis para cada questão. Para todas as perguntas, cinco opções de resposta são apresentadas, utilizando uma escala Likert: 0 (“nunca”); 1 (“raramente”); 2 (“às vezes”); 3 (“quase sempre”) e 4 (“sempre”). Deste modo, o escore obtido variará de 0 a 76 pontos.

Foi validado e testado entre estudantes universitários de Goiânia-GO, Brasil (ZANINI, 2009), com resultados que apontaram boa adequação, com *alphas de Crombach* entre 0,95 e 0,76, e adequação da estrutura fatorial, quando comparada com a do estudo original.

4.3.3 Self-Report Questionnaire (SRQ-20)

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é uma escala usada para avaliar sofrimento mental, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994) e validado no Brasil por Mari e Williams (1986). O SRQ foi desenvolvido como instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns (TMC), em estudos comunitários e na atenção primária. É composto por 20 questões com respostas binárias sobre sintomas psicossomáticos não psicóticos, incluindo sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas, que investigam os últimos 30 dias. As respostas possibilitam o estabelecimento de um escore, com ponto de corte seis ou mais respostas positivas para os homens, e oito ou mais para as mulheres. Neste estudo, será utilizado o ponto de corte proposto por Mari e Williams (1986), para permitir a comparação com inquéritos anteriores realizados em população similar. A sensibilidade desta escala foi de 83% e especificidade de 80% (MARI; WILLIAMS, 1986). Desta forma, os sujeitos com pontuação acima do ponto de corte serão considerados casos de TMC, ressaltando que esta condição não implica em um diagnóstico psiquiátrico, porém, indica a presença de sofrimento psíquico relevante e suficiente para merecer a atenção de profissionais de saúde mental (LIMA et al., 2006).

4.3.4 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

O AUDIT é um instrumento de rastreamento criado pela Organização Mundial de Saúde, em meados de 1980, com o objetivo de identificar bebedores de risco em

ambulatoriais gerais. Neste estudo, foi utilizado na íntegra, com suas 10 perguntas sobre o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses (sendo três sobre uso de álcool, quatro sobre dependência e três sobre problemas decorrentes do consumo), cada uma delas com pontuação de 0 a 4 e escore global máximo de 40. O ponto de corte indicativo de uso nocivo de álcool é de 8 ou mais pontos. O AUDIT foi validado em pacientes de serviços de atenção básica primária à saúde de seis países. É o único instrumento de rastreamento específico para uso internacional e condiz com as definições do CID-10 (OMS, 1993), para uso nocivo e dependência de álcool. Foi validado por Lima et al. (2005), apresentando sensibilidade de 100% e especificidade de 76%.

4.3.5. Vivências no lazer

Para avaliar as vivências no lazer, foi utilizado um questionário desenvolvido por Buzacarini e Correa (2012). Este instrumento foi elaborado para avaliação de vivências no lazer em uma população universitária do interior do estado de São Paulo. No desenvolvimento deste instrumento, foram avaliados 134 estudantes, por intermédio de análises qualitativa e quantitativa. O questionário investiga diferentes interesses no lazer, quantificando também a frequência destas práticas, em termos de horas despendidas e quantas vezes por semana são vivenciadas. Ele é composto por 11 itens. As modalidades foram enumeradas na seguinte sequência: físico-esportivas (E1 a E16), artes (E17 a E24), atividades intelectuais (E25 a E33), atividades manuais (E34 a E38), de interesse social (E39 a E45), internet (E46 a E48) e com interesse turístico (E49 a E53).

Por inconsistência nas frequências diárias, foi escolhido trabalhar com a soma das frequências, para avaliar a frequência semanal. Portanto, se o sujeito não assinalou nada na frequência diária, porém assinalou na semanal, foi considerada a semanal, ou, se assinalou ao menos uma hora de vivência diária e nada na frequência semanal, foi considerada uma vez na semana.

Além do AUDIT, foram acrescentadas questões para rastrear o uso de álcool e outras substâncias nas vivências no lazer (E54 a E57). Para avaliar a percepção dos estudantes quanto às vivências no lazer, foram utilizados os dados das questões E59 e E60.

4.4 Análises dos dados

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa STATA 10.0 (STATA CORPORATION, 2007). Inicialmente, foi feita análise descritiva, com checagem de consistência dos dados e correções, quando necessárias. Estimativas de prevalência foram acompanhadas de intervalos de confiança de 95%. Foram calculadas medidas de tendência central e dispersão. Análises bivariadas de associação de diferentes variáveis de exposição categoriais com o desfecho foram feitas através do teste de qui-quadrado ou de Fisher, quando indicado. A comparação entre as médias de escores obtidos com a aplicação da EAS foram feitas através do teste ANOVA, com correção de Bonferroni (LEVIN, 2012). Foi adotado o nível de significância estatístico padrão de $p \leq 0,05$, para rejeição da hipótese de nulidade. Tais análises foram seguidas de análises multivariadas.

TMC foi o desfecho investigado e lazer consistiu na principal variável de exposição, como descrito anteriormente. Como se trata de um desfecho binário, foram construídos modelos logísticos para controle de confundimento. Foram incluídos nos modelos logísticos todas as variáveis que apresentaram um $p \leq 0,25$ na análise bivariada (HOSMER; LEMESHOW, 1989) ou que, embora não tenham obtido este valor de "p", sejam consideradas importantes pela literatura. Optou-se pela construção de modelos hierarquizados (FUCHS et al., 1996), incluindo inicialmente as variáveis sociodemográficas, relacionadas ao curso e relativas a apoio social ou aspectos similares, como por exemplo, sentir-se rejeitado e dificuldade de fazer amigos, entre outras e também uso problemático de álcool. As variáveis que investigam lazer foram inseridas posteriormente. Optou-se por apresentar o resultado da análise multivariada, descrevendo os modelos finais em cada um dos níveis de hierarquia.

4.5 Considerações Éticas

Todos os estudantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos deste estudo e os seus consentimentos foram solicitados somente após explicação feita pelos aplicadores dos questionários. Foram informados que o número de matrícula foi colocado no questionário dos participantes, para permitir a reavaliação dos sujeitos. Aqueles que consentiram em participar assinaram o TCLE entregue pelos aplicadores. Todos os participantes foram assegurados que nenhum dado seria divulgado individualmente e que apenas dados consolidados e agrupados

foram objeto de divulgação científica. Todos os participantes foram assegurados da possibilidade de entrar em contato com os pesquisadores, responsáveis pelo projeto, a qualquer momento e retirar seu consentimento, se assim o desejassem.

Esta pesquisa foi submetida aos Conselhos dos respectivos cursos e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa da FMB (Anexo 3), conforme determina a Resolução 196/96, a qual regulamenta as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Em cinco de novembro de 2012, houve a aprovação do mesmo – protocolo 4409-2012.

5. RESULTADOS

Este estudo obteve uma taxa de resposta de 81,9% (n=695), distribuída entre os cursos de Enfermagem com 85,6% (n=113), Medicina com 80,4% (n=454) e Nutrição com 84,2% (n=128), como pode ser observado na tabela 1. Os dados foram coletados nos meses de junho a agosto de 2013. Como dito anteriormente, neste período ocorreu uma greve com duração de cinco semanas, interrompendo a coleta dos mesmos. Um mês após o retorno às atividades, a coleta foi retomada e finalizada, com 45,6% (n=317) dos dados coletados antes da greve e 54,4% (n=378) após a mesma.

TABELA 1: Número e porcentagem de alunos matriculados nos cursos de enfermagem, medicina e nutrição do Campus de Botucatu, UNESP e respectivas taxas de resposta (n=695), 2013.

<i>Curso / Série</i>	<i>Alunos matriculados</i>		<i>Responderam</i>	
	N	N	%	
Enfermagem				
1º ano	33	31	93,3	
2º ano	31	28	90,3	
3º ano	38	32	84,2	
4º ano	30	22	73,3	
Subtotal	132	113	85,6	
Medicina				
1º ano	93	68	73,1	
2º ano	97	83	85,6	
3º ano	89	74	83,1	
4º ano	90	56	62,2	
5º ano	97	80	82,5	
6º ano	99	93	93,9	
Subtotal	565	454	80,4	
Nutrição				
1º ano	33	30	90,9	
2º ano	29	25	86,2	
3º ano	29	19	65,5	
4º ano	30	28	93,3	
5º ano	31	26	83,9	
Subtotal	152	128	84,2	
TOTAL	849	695	81,9	

5.1 Características sociodemográficas e aspectos da vida universitária.

A casuística apresentou uma idade média de 22,1anos ($DP \pm 2,81$), com mínima de 17anos e máxima de 43 anos. Em relação ao sexo, 67,3% dos sujeitos eram do sexo feminino e 32,7% masculino. Ao serem questionados quanto à cor da pele, 78,2% declararam ser de cor branca, 10,8% parda, 7,2% amarela e, por fim, 3,8% negra . Nenhum participante se considerou indígena. A maior parte dos estudantes é solteira, representando 96,4% do total. Em relação ao arranjo de moradia, 42,7% relataram morar com dois ou mais amigos, 25,8% referiram morarem sozinhos, em casa ou apartamento, e 15,7% com um amigo. Morar com pais, cônjuge ou namorado, moradia estudantil e outros somados resultou em 15,8%.

Em relação ao tipo de transporte mais utilizado, o carro (sendo o respondente o próprio condutor) foi mencionado por mais da metade dos estudantes - 57,3%, e 31,0% referiram a carona (carro como passageiro). Ônibus, motocicleta e outros representaram 11,7% do total. Interrogados sobre trabalho nos últimos seis meses, 90,4% relataram não ter trabalhado, 3,6% trabalhado de maneira esporádica, 2,6% em período parcial, 1,7% período noturno e 1,7% de outras formas. Mais da metade da casuística - 51%, não receberam bolsas de estudos. FAPESP⁵, CNPq⁶, PIBIC⁷ foram citadas como responsáveis por oferecerem bolsas para 16,8%, PET⁸ para 14,1%, PAE⁹ para 2,7%, monitoria para 1,1% e outras fontes 14,3% (tabela 2). Quando questionados sobre a mesada ser suficiente, 45,3% relataram que era suficiente e sobrava para o lazer, 22,8% relataram ser suficiente, apesar de ser completada, 15,3% relataram não receber mesada, 11,2% referiram ser suficiente, porém, não sobrando para o lazer e 5,4% insuficiente (tabela 2). A renda familiar variou entre 1 e 90 salários mínimos (SM), com mediana de dez SM e média de 12,2 SM ($DP \pm 9,2$). Quanto aos gastos mensais, a média foi de 2,3 SM ($DP: 1,2$) e mediana de 2 SM (dados não apresentados em tabela).

⁵ FAPESP: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

⁶ CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

⁷ PIBIC: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

⁸ PET: Programa de Educação Tutorial

⁹ PAE: Programa de Assistência Educacional

TABELA 2: Características sociodemográficas dos alunos de enfermagem, medicina e nutrição do Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013.

<i>Variáveis</i>	<i>Enfermagem</i>		<i>Medicina</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Total</i>		<i>p¹</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo (n=695)									< 0,001
Feminino	107	94,7	246	54,2	115	89,8	468	67,3	
Masculino	6	5,3	208	45,8	13	10,2	227	32,7	
Cor autodeclarada² (n=694)									< 0,001
Branca	80	70,8	362	79,9	101	78,9	543	78,2	
Parda	17	15,1	39	8,6	19	14,9	75	10,8	
Amarela	5	4,4	40	8,8	5	3,9	50	7,2	
Preta	11	9,7	12	2,7	3	2,3	26	3,8	
Estado civil (n=694)									0,06
Solteiro	104	92,1	441	97,4	124	96,8	669	96,4	
União consensual /Casado (a)	5	4,4	9	2,0	2	1,6	16	2,3	
Outros	4	3,5	3	0,6	2	1,6	9	1,3	
Arranjo de moradia³ (n=693)									< 0,001
Sozinho (em casa ou apartamento)	12	10,6	147	32,5	20	15,6	179	25,8	
Com um amigo	11	9,7	80	17,7	18	14,1	109	15,7	
Com dois ou mais amigos	48	42,5	186	41,1	62	48,4	296	42,7	
Pais	23	20,4	18	4,0	7	5,5	48	6,9	
Cônjuge/Namorado(a)	4	3,5	11	2,4	4	3,1	19	2,8	
Moradia Estudantil	6	5,3	2	0,5	8	6,3	16	2,3	
Outros	9	8,0	8	1,8	9	7,0	26	3,8	
Transporte mais utilizado⁴ (n=694)									< 0,001
Carro como condutor	34	30,1	320	70,6	44	34,4	398	57,3	
Carro como passageiro (carona)	49	43,4	116	25,6	50	39,1	215	31,0	
Ônibus	21	18,6	7	1,6	8	6,2	36	5,2	
Motocicleta	4	3,5	4	0,9	6	4,7	14	2,0	
Outros	5	4,4	6	1,3	20	15,6	31	4,5	

(1) Teste de qui-quadrado; (2) Nenhum aluno se considerou "indígena"; (3) Nenhum aluno referiu "morar sozinho em hotel"; (4) Nenhum aluno referiu usar "Disque-moto/táxi" como meio de transporte preferencial.

TABELA 2: Características sociodemográficas dos alunos de enfermagem, medicina e nutrição do Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013.continuação.

<i>Variáveis</i>	<i>Enfermagem</i>		<i>Medicina</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Total</i>		<i>p¹</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Trabalhou nos últimos 6 meses (n=693)									< 0,001
Não trabalhei	93	82,3	424	93,6	109	85,8	626	90,4	
Trabalhei (esporádico, parcial, noturno)	19	16,8	28	6,2	8	6,3	55	7,9	
Outros	1	0,9	1	0,2	10	7,9	12	1,7	
Recebeu bolsa de estudos (n=694)									< 0,001
Não	16	14,2	277	61,1	61	47,7	354	51,0	
Sim: FAPESP, CNPq, PIBIC	18	15,9	75	16,6	23	18,0	116	16,8	
Sim: PET	17	15,0	73	16,1	8	6,2	98	14,1	
Sim: PAE	13	11,5	3	0,7	3	2,3	19	2,7	
Sim, de monitoria	2	1,8	5	1,1	1	0,8	8	1,1	
Sim, outra	47	41,6	20	4,4	32	25,0	99	14,3	
Suficiência da mesada (n=688)									< 0,001
Não é suficiente	13	11,7	21	4,7	3	2,4	37	5,4	
É suficiente apesar de ser completada	44	39,7	79	17,5	34	27,0	157	22,8	
É suficiente e sobra para lazer	18	16,2	260	57,6	34	27,0	312	45,3	
É suficiente, mas não sobra para lazer	9	8,1	45	10,0	23	18,2	77	11,2	
Não recebo mesada	27	24,3	46	10,2	32	25,4	105	15,3	

(1) Teste de qui-quadrado

Como apresentado na tabela 3, o nível de escolaridade dos pais foi de 58,4% para ensino superior completo, tendo a maior porcentagem na casuística dos alunos da Medicina (72,2%). Em relação à escolaridade das mães 61,8% referiram superior completo, tendo também como maior porcentagem a casuística das mães dos estudantes do curso de Medicina (71,3%). Ao serem interrogados quanto à visita às famílias, 31,6% afirmaram que visitam os familiares quinzenalmente, 23,3% semanalmente, 22,2% mensalmente, 14,5% a cada dois meses ou mais e apenas 8,4% moram com eles. Por fim, 44,8% dos estudantes afirmaram que a religião é importante, 29,1% regular, 16,3% disseram não ter religião e 9,8% afirmaram não ser nada importante.

TABELA 3: Características da família de origem, frequência de visitas à família e importância atribuída à religião entre alunos de enfermagem, medicina e nutrição. Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013

<i>Variáveis</i>	<i>Enfermagem</i>		<i>Medicina</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Total</i>		<i>p¹</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Escolaridade do pai (n=688)									< 0,001
Superior completo	28	25,2	325	72,2	49	38,6	402	58,4	
Superior incompleto ou menos	83	74,8	125	27,8	78	61,4	286	41,6	
Escolaridade da mãe (n=693)									< 0,001
Superior completo	40	35,7	323	71,3	65	50,8	428	61,8	
Superior incompleto ou menos	72	64,3	130	28,7	63	49,2	265	38,2	
Frequência de visitas à família (n=695)									< 0,001
Moro com eles	30	26,6	20	4,4	8	6,2	58	8,4	
Semanal	23	20,3	105	23,1	34	26,6	162	23,3	
Quinzenal	33	29,2	138	30,4	49	38,3	220	31,6	
Mensal	22	19,5	113	24,9	19	14,8	154	22,2	
A cada dois meses ou mais	5	4,4	78	17,2	18	14,1	101	14,5	
Importância atribuída à religião (n=694)									< 0,001
Importante	68	60,2	173	38,2	70	54,7	311	44,8	
Regular	32	28,3	133	29,4	37	28,9	202	29,1	
Nada importante	3	2,7	60	13,2	5	3,9	68	9,8	
Não tenho religião	10	8,8	87	19,2	16	12,5	113	16,3	

⁽¹⁾ Teste de qui-quadrado.

Os alunos foram questionados quanto ao seu desempenho escolar. Na tabela 4, encontra-se o desempenho nos últimos seis meses e auto avaliação quanto ao desempenho. Nota-se que 62,5% dos alunos não ficaram de exame em nenhuma matéria, 15,8% ficaram de exame final, 3,5% ficaram de segunda época em uma ou duas disciplinas, apenas 0,1% ficou de segunda época em três disciplinas ou mais, 2,7% ficaram com uma dependência e 1,6% caiu de turma. Na casuística 13,8% relataram estar no primeiro ano. Em relação à autoavaliação do desempenho, mais da metade relataram ser “bom”, totalizando 51,1%, 32,6% relataram ser “regular”, 8,2% ser “insuficiente”, 1,9% ser “péssimo” e apenas 6,2% ser “excelente”, não se observando diferenças significativas entre os alunos dos três cursos.

Ainda na tabela 4, observou-se as frequências de participantes que referiram dificuldades para fazer amigos, sensação de ser rejeitado pelo grupo e pensamento

em abandonar o curso. A maior parte dos alunos relata não ter tido dificuldade em fazer amigos e, tampouco, sentir-se rejeitado pelo grupo, não tendo sido observada diferença estatisticamente significativa entre os três cursos, para estas duas variáveis. Quanto ao abandono do curso, observa-se que a maior parte dos alunos nunca pensou em abandoná-los, no entanto, houve diferença entre eles ($p=0,004$), destacando-se os alunos da Enfermagem, entre os quais um quinto ainda pensa em desistir.

TABELA 4: Autoavaliação do desempenho no curso e de aspectos sociais entre alunos de enfermagem, medicina e nutrição do Campus de Botucatu, UNESP, 2013 (n=695), 2013.

<i>Variáveis</i>	<i>Enfermagem</i>		<i>Medicina</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Total</i>		<i>p¹</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Desempenho no último semestre² (n=690)									---
Não ficou de exame em nenhuma matéria	44	39,7	301	66,7	86	67,2	431	62,5	
Ficou de exame final	12	10,8	88	19,5	9	7,0	109	15,8	
Ficou de 2ª época em 1 ou 2 disciplinas	8	7,2	13	2,9	3	2,3	24	3,5	
Ficou de 2ª época em 3 disciplinas ou mais	0	0	0	0	1	0,8	1	0,1	
Ficou com uma dependência	9	8,1	7	1,6	3	2,3	19	2,7	
Caiu de turma	9	8,1	0	0	2	1,6	11	1,6	
Está no 1º ano	29	26,1	42	9,3	24	18,8	95	13,8	
Auto avaliação do desempenho escolar (n=694)									0,10
Péssimo	2	1,8	8	1,8	3	2,3	13	1,9	
Insuficiente	12	10,6	34	7,5	11	8,6	57	8,2	
Regular	40	35,4	150	33,1	36	28,1	226	32,6	
Bom	47	41,6	242	53,4	66	51,6	355	51,1	
Excelente	12	10,6	19	4,2	12	9,4	43	6,2	
Dificuldade em fazer amigos									0,64
Não	93	82,3	388	85,8	109	85,2	590	85,1	
Sim	20	17,7	64	14,2	19	14,8	103	14,8	
Sentir-se rejeitado									0,70
Não	89	78,8	362	79,9	106	82,8	557	80,3	
Sim	24	21,2	91	20,1	22	17,2	137	19,7	
Pensar em abandonar									0,004
Não, nunca	58	51,3	276	61,1	71	55,5	405	58,4	
Sim, mas não penso mais	30	26,6	122	27,0	47	36,7	199	28,8	
Sim, ainda penso	25	22,1	54	11,9	10	7,8	89	12,8	

⁽¹⁾ Teste de qui-quadrado.

5.2 Características das vivências no lazer entre os alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição.

Observou-se que 41,7% do total de estudantes praticavam musculação, 28,6% de caminhada, 17,7% de corrida e ginástica 11,6%. Essas foram as maiores porcentagens encontradas, em relação ao conteúdo físico-esportivo do lazer. As demais modalidades como: futebol de campo, futsal, voleibol, basquete, handebol, rugby, ciclismo, tênis, natação, atletismo, lutas e dança, apresentaram porcentagens menores que 10%. Nota-se que houve uma diferença estatisticamente significativa entre os diferentes cursos, nas seguintes modalidades: futebol de campo ($p=0,007$), futsal ($p=0,02$), ciclismo ($p=0,05$), tênis ($p=0,02$), atletismo ($p<0,001$), musculação ($p<0,001$), caminhada ($p<0,001$) e dança ($p=0,02$).

No interesse “artístico” foi encontrada a maior vivência nas modalidades “ouvir música”, com 79,7% ($p=0,005$) dos entrevistados e assistir televisão, com 70,4% ($p=0,003$). Ambos mostraram diferença estatisticamente significante entre os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição. As demais vivências como: frequentar bibliotecas e ir ao cinema, também se mostraram significativas estatisticamente, com frequências de 28,8% e 37,8% respectivamente. Embora a porcentagem total de frequentar shows seja de apenas 14,5% de participantes, houve diferença entre os três cursos ($p<0,001$). Visitar museus, ir ao teatro e tocar algum instrumento e/ou cantar não mostraram diferença estatística.

Mais da metade dos estudantes (60,6%) relataram ler livros no tempo destinado ao lazer. Este resultado foi expressivo dentro do interesse intelectual do lazer, não se observando diferença entre os cursos. Nas modalidades palestras e cursos observou-se diferença entre os cursos. Com 44,3% no total, a vivência da culinária dentro do interesse manual foi o que se destacou, com diferença estatística entre os cursos ($p<0,001$), havendo um predomínio dos alunos do curso de enfermagem (55,7%) e nutrição (53,9%). As vivências de artesanato, carpintaria/marcenaria, corte/costura e jardinagem não ultrapassaram 10% de adeptos.

Encontros em restaurantes, pizzarias e lanchonetes representaram 80,9% da vivência dos estudantes no interesse social, seguidos de 63,7% frequentadores de festas, 40,1% casas noturnas, 34,2% bares, 31,9% eventos, e menos que 10% nas

modalidades clubes e associações. Não houve, neste interesse, nenhuma modalidade com diferença estatisticamente significativa entre os cursos.

Acessar redes sociais apresentou um percentual muito elevado, com 96,8% dos estudantes declarando vivenciar esta atividade, seguidos de 88,6% no acesso a *sites* de entretenimento e notícias, não sendo encontrada diferença estatística significativa entre os cursos. Embora tenha havido diferenças nos percentuais de sujeitos que fazem uso de jogos eletrônicos, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,06$).

Por fim, no interesse turístico foi possível observar que 66,5% dos estudantes fazem viagens regionais, 48,3% passeios, 36,3% viagens nacionais e 16,5% viagens internacionais. Apenas 9,2% frequentam parques temáticos. Dentre as modalidades do conteúdo turístico, o único que mostrou diferença significativa, foi o item viagens internacionais, observando-se maior frequência desta no curso de medicina (21,1%).

TABELA 5: Percentual de sujeitos que vivenciam atividades no contexto do lazer, segundo modalidade e curso entre alunos de Enfermagem, Medicina e Nutrição do Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013

<i>Interesses</i>	<i>Enfermagem</i>		<i>Medicina</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Esportes									
Futebol campo	3	2,6	36	7,9	2	1,6	41	5,9	0,007
Futsal	3	2,6	31	6,8	2	1,6	36	5,2	0,02
Voleibol	2	1,8	21	4,6	8	6,2	31	4,5	0,23
Basquete*	1	0,9	18	4,0	---	---	19	2,8	0,14
Handebol	4	3,5	26	5,7	2	1,6	32	4,6	0,12
Rugby*	3	2,6	---	---	1	0,8	4	0,6	-----
Ciclismo	6	5,3	12	2,6	9	7,0	27	3,8	0,05
Tênis	1	0,9	18	4,0	0	0	19	2,7	0,02
Natação*	3	2,6	19	4,2	3	2,3	25	3,6	0,63
Atletismo	1	0,9	36	7,9	2	1,6	39	5,6	<0,001
Lutas	4	3,5	24	5,3	2	1,6	30	4,3	0,17
Corrida	18	15,9	85	18,7	20	15,6	123	17,7	0,62
Musculação	27	23,9	209	46,0	54	42,2	290	41,7	<0,001

*Teste de Fisher, apenas entre os cursos que vivenciaram esta modalidade.

Tabela 5: Percentual de sujeitos que vivenciam atividades no contexto do lazer, segundo modalidade e curso entre alunos de Enfermagem, Medicina e Nutrição do Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013 continuação.

<i>Interesses</i>	<i>Enfermagem</i>		<i>Medicina</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Caminhada	48	42,5	99	21,8	52	40,6	199	28,6	<0,001
Ginástica	16	14,2	48	10,6	17	13,3	81	11,6	0,46
Dança	13	11,5	34	7,5	20	15,6	67	9,6	0,02
Arte									
Museu*	1	0,9	11	2,4	2	1,6	14	2,0	0,73
Biblioteca	56	49,6	94	20,7	50	39,1	200	28,8	<0,001
Cinema	52	46,0	151	33,3	60	46,9	263	37,8	0,003
Teatro	13	11,5	29	6,4	12	9,4	54	7,8	0,14
Televisão	89	78,8	300	66,1	100	78,1	489	70,4	0,003
Shows	26	23,0	39	8,6	36	28,1	101	14,5	<0,001
Ouvir música	100	88,5	346	76,2	108	84,4	554	79,7	0,005
Tocar instrumento ou cantar	22	19,5	93	20,5	19	14,8	134	19,3	0,36
Intelectual									
Damas*	3	2,6	0	0	1	0,8	4	0,6	0,34
Xadrez	5	4,4	26	5,7	2	1,6	33	4,7	0,14
Gamão	1	0,9	---	---	---	---	1	0,1	---
Jogo de memória*	7	6,2	14	3,1	3	2,3	24	3,4	0,25
Palestras	28	24,8	63	13,9	15	11,7	106	15,2	0,007
Cursos	34	30,1	80	17,6	25	19,5	139	20,0	0,01
Leitura livros	76	67,3	269	59,2	76	59,4	421	60,6	0,28
Leitura revistas	40	35,4	115	25,3	39	30,5	194	27,9	0,08
Leitura jornais	35	31,0	108	23,8	25	19,5	168	24,2	0,11
Manual									
Artesanato	5	4,2	20	4,4	3	2,3	28	4,0	0,56
Carpintaria/Marcenaria*	1	0,9	4	0,9	1	0,8	6	0,9	1,00
Corte/Costura*	3	2,6	10	2,2	3	2,3	16	2,3	0,93
Culinária	63	55,7	176	38,8	69	53,9	308	44,3	<0,001
Jardinagem	10	8,8	37	8,1	11	8,6	58	8,3	0,96

*Teste de Fisher, apenas entre os cursos que vivenciaram esta modalidade.

Tabela 5: Percentual de sujeitos que vivenciam atividades no contexto do lazer, segundo modalidade e curso entre alunos de Enfermagem, Medicina e Nutrição do Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013 continuação.

<i>Interesses</i>	<i>Enfermagem</i>		<i>Medicina</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Social									
Festas	68	60,2	290	63,9	85	66,4	443	63,7	0,60
Casas noturnas	53	46,9	167	36,8	59	46,1	279	40,1	0,05
Eventos	45	39,8	121	26,6	56	43,7	222	31,9	<0,001
Encontros em restaurantes, pizzarias, lanchonetes	90	79,6	373	82,2	99	77,3	562	80,9	0,44
Associações	10	8,8	26	5,7	12	9,4	48	6,9	0,24
Bares	33	29,2	165	36,3	40	31,2	238	34,2	0,26
Clubes	13	11,5	34	7,5	20	15,6	67	9,6	0,02
Internet									
Sites – entretenimento, notícias.	98	86,7	402	88,5	116	90,6	616	88,6	0,63
Redes sociais – facebook, twiter, Orkut, myspace, linkedin, instagram	111	98,2	439	96,7	123	96,1	673	96,8	0,61
Jogos eletrônicos – vídeo game.	39	34,5	151	33,3	29	22,7	219	31,5	0,06
Turismo									
Regional	75	66,4	299	65,9	88	68,7	462	66,5	0,83
Nacional	30	26,5	174	38,3	48	37,5	252	36,3	0,06
Internacional	5	4,4	96	21,1	14	10,9	115	16,5	<0,001
Parques temáticos	8	7,1	44	9,7	12	9,4	64	9,2	0,69
Passeios	59	52,2	208	45,8	69	53,9	336	48,3	0,18

Na tabela 6, são apresentados os dados referentes a cada interesse segundo os cursos e também a satisfação com a frequência na qual vivenciavam atividades no contexto do lazer. Nota-se que a maior parte dos alunos estava insatisfeita com a frequência de vivência de atividades no contexto do lazer, havendo, contudo, uma diferença entre os cursos ($p=0,04$). Observou-se que os interesses culturais do lazer: esportes, artes, manual e social apresentaram diferenças estatísticas entre os cursos. No total da casuística predominaram os seguintes interesses: 98,5% de uso da internet no tempo fora das obrigações, 95,3% de interesse artístico e 92,1% de interesse social. Os interesses: físico-esportivo, intelectual e turístico apresentaram

adesão de pouco mais de 70% dos estudantes, e com menos da metade (49,3%) optando pelo interesse manual.

TABELA 6: Vivências e satisfação com a frequência em atividades no lazer entre alunos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, do Campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013.

	<i>Enfermagem</i>		<i>Medicina</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Total</i>		<i>P</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Satisfeito com frequência de lazer									0,04
Sim	39	38,2	147	34,1	56	46,7	242	37,1	
Não	63	61,8	284	65,9	64	53,3	411	62,9	
Interesses									
Esportes	71	62,8	360	79,3	97	75,8	528	75,8	0,001
Artes	112	99,1	424	93,4	126	98,4	662	95,3	0,006
Intelectual	90	79,6	329	72,5	99	77,3	518	74,5	0,211
Manual	68	60,2	200	44,1	75	58,6	343	49,3	0,001
Social	99	87,6	426	93,8	115	89,8	640	92,1	0,053
Internet	112	99,1	448	98,7	127	99,2	687	98,5	0,844
Turismo	90	79,6	353	77,7	102	79,7	545	78,4	0,843

Os alunos foram avaliados também quanto ao apoio social, a partir da aplicação da EAS, tanto em relação ao escore total, como nos cinco domínios da escala: **material**, (que envolve aspectos como apoio para ser acompanhado a uma consulta médica, ou para preparar alimentação quando a pessoa estiver doente); **afetivo**, (com perguntas relacionadas à relação interpessoal envolvendo demonstrações de afeto como abraços); **emocional**, (com perguntas voltadas ao diálogo, à confiança, ao compartilhamento de vivências); **informação**, (com perguntas focalizando o aconselhamento e atitudes diante de um problema), e **interação** (com perguntas relacionadas à companhia para diversão e distração). Observou-se que, na casuística como um todo, o escore de apoio social total teve média de 60,3 (DP± 14,6). Quando analisadas as dimensões especificamente, apenas apoio material mostrou-se com diferença significativa entre os cursos, com $p=0,05$ (tabela 7).

TABELA 7: Escores obtidos a partir da Escala de Apoio Social entre estudantes de Enfermagem, Medicina e Nutrição do campus de Botucatu, UNESP (n=695), 2013.

<i>DOMÍNIOS DE APOIO SOCIAL</i>	<i>Enfermagem</i>		<i>Medicina</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Total</i>		<i>P*</i>
	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	
Total	59,9	15,2	60,0	14,4	61,7	14,9	60,3	14,6	0,71
Material	11,3	3,7	11,4	3,8	12,2	3,9	11,5	3,8	0,89
Afetivo	9,9	2,6	9,8	2,7	10,2	2,6	9,9	2,7	0,78
Emocional	12,8	3,9	12,8	3,7	13,2	3,6	12,9	3,7	0,65
Informação	12,1	4,1	12,3	3,7	12,4	3,8	12,3	3,8	0,45
Interação	13,6	3,2	13,7	3,0	13,8	3,3	13,7	3,1	0,38

*Teste ANOVA com correção por BONFERRONI

Na tabela 8 é apresentada a prevalência do beber problemático, avaliado pelo AUDIT. Observa-se que 37,4% da casuística estudada foram classificados como beber problemático, contudo não houve diferença estatisticamente significativa entre os cursos ($p=0,91$).

TABELA 8: Beber problemático e resultados do AUDIT entre estudantes da área da saúde do campus de Botucatu, UNESP (n=695)

	<i>Enfermagem</i>		<i>Medicina</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Audit por categorias*									0,58
0 – 7 – baixo risco	67	60,9	284	63,1	76	62,3	427	62,6	
8 – 15 – uso de risco	34	30,9	135	30,0	36	29,5	205	30,1	
16 – 19 – uso nocivo	4	3,6	14	3,1	8	6,6	26	3,8	
20 – 40 – provável dependência	5	4,5	17	3,8	2	1,6	24	3,5	
Beber problemático (n=682)¹⁰									0,91
Não	67	60,9	284	63,1	76	62,3	427	62,6	
Sim	43	39,1	166	36,9	46	37,7	255	37,4	

*Teste de Fisher

¹⁰ É considerado beber problemático os participantes que pontuaram oito ou mais no questionário AUDIT. (LIMA et al, 2005).

5.3 Análise bivariada entre Transtorno Mental Comum e características sociodemográficas.

A prevalência global de TMC foi de 40,9%. Observou-se as associações de TMC e as variáveis sociodemográficas sexo, curso, ano do curso, etnia, estado civil e religião (tabela 9). Foi possível observar que curso e estado civil mostraram associação estatisticamente significativa com a presença de TMC. Quanto à variável curso, destaca-se que se observou, no curso de Enfermagem, prevalência de TMC de 57,5%, seguidos da medicina com 40,7% e nutrição com 26,6%. No que concerne a estado civil, observa-se o maior percentual de TMC na categoria “outros” com 88,9%. Estar casado apresentou uma presença de TMC de 56,2%, enquanto estar solteiro apenas 39,9%.

TABELA 9: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de enfermagem, medicina e nutrição do campus de Botucatu-UNESP, segundo sexo, curso, ano do curso, etnia, estado civil e religião (n=695), 2013.

<i>Variável</i>	<i>TMC</i>				
	Ausente		Presente		P⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Sexo					0,97
Masculino	134	59,0	93	41,0	
Feminino	277	59,2	191	40,8	
Curso					<0,001
Enfermagem	48	42,5	65	57,5	
Medicina	269	59,3	185	40,7	
Nutrição	94	73,4	34	26,6	
Cor da Pele					0,58
Preta	15	57,7	11	42,3	
Branca	328	60,4	215	39,6	
Amarela	27	54,0	23	46,0	
Parda	40	53,3	35	46,7	
Estado Civil					0,006
Solteiro	402	60,1	267	39,9	
Casado	7	43,8	9	56,2	
Outros	1	11,1	8	88,9	
Religião					0,44
Importante	191	61,4	120	38,6	
Regular	111	54,9	91	45,1	
Nada importante	43	63,2	25	36,8	
Não tenho	65	57,5	48	42,5	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado

Na tabela 10 é apresentada a análise bivariada das variáveis relacionadas ao tipo de moradia, meio de transporte mais utilizado no município, visita à família, relação dos pais e a formação dos mesmos. Dentre estas variáveis, apenas o tipo de moradia apresentou diferença estatística ($p= 0,02$). O maior percentual de presença do transtorno mental comum foi morar na moradia estudantil, sendo 68,7%. Morar com os pais, sozinho ou outros ficou entre 40 e 50%. Morar com dois ou mais

amigos apresentou um percentual de 36,5% e morar com um amigo, um percentual de 34,9%.

TABELA 10: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, Medicina e nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo moradia, meio de transporte, visita à família, relação dos pais e formação do pai e da mãe (n=695), 2013.

	TMC					
Variável	Ausente		Presente			P ⁽¹⁾
	N	%	N	%		
Mora com:						0,02
Pais	27	56,3	21	43,7		
Cônjuge/namorado	12	63,2	7	36,8		
1 amigo	71	65,1	38	34,9		
2 ou mais amigos	188	63,5	108	36,5		
Sozinho	91	50,8	88	49,2		
Moradia estudantil	5	31,3	11	68,7		
Outros	15	57,7	11	42,3		
Meio de transporte						0,80
Carro como condutor	240	60,3	158	39,7		
Carro como passageiro (carona)	119	55,4	96	44,6		
Ônibus	22	61,1	14	38,9		
Motocicleta	9	64,3	5	35,7		
Bicicleta	2	66,7	1	33,3		
A pé	4	50,0	4	50,0		
Outros	14	70,0	6	30,0		
Visita à família						0,51
Moro com eles	31	53,5	27	46,5		
Semanal	104	64,2	58	35,8		
Quinzenal	132	60,0	88	40,0		
Mensal	87	56,5	67	43,5		
2 meses ou mais	57	56,4	44	43,6		

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado

Tabela 10: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, Medicina e nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo moradia, meio de transporte, visita à família, relação dos pais e formação do pai e da mãe (n=695), 2013. Continuação.

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Relação pais					0,19
Juntos com bom relacionamento	280	60,9	180	39,1	
Juntos com relacionamento regular/ruim	30	46,9	34	53,1	
Separados com bom relacionamento	40	63,5	23	36,5	
Separados com relacionamento regular/ruim	39	53,4	34	46,6	
Pai ou mãe falecido	20	62,5	12	37,5	
Escolaridade do pai					0,41
Fundamental incompleto	23	50,0	23	50,0	
Fundamental completo	16	48,5	17	51,5	
Médio incompleto	12	54,5	10	45,5	
Médio completo/ Superior incompleto	114	61,6	71	38,4	
Superior completo	242	60,2	160	39,8	
Escolaridade da mãe					0,99
Fundamental incompleto	21	56,8	16	43,2	
Fundamental completo	18	60,0	12	40,0	
Médio incompleto	13	56,5	10	43,5	
Médio completo/ Superior incompleto	104	59,4	71	40,6	
Superior completo	253	59,1	175	40,9	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado

Quando analisada a associação de TMC com trabalho, bolsas e suficiência de mesada (tabela 11), apenas a variável mesada apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$), mostrando que a maior prevalência de TMC foi nas categorias “não sobrar para o lazer” e “insuficiente”, com 55,8% e 54,1% respectivamente. Necessidade de complementação e não receber mesada apresentaram percentuais de TMC entre 42% e 45%.

TABELA 11: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo trabalho, bolsas e suficiência de mesada (n=695), 2013.

Variável	TMC				
	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Trabalhou nos últimos 6 meses (com remuneração)					0,29
Não trabalhei	369	58,9	257	41,1	
Trabalhei período parcial	8	44,4	10	55,6	
Trabalhei período noturno	6	50,0	6	50,0	
Esporádico	18	72,0	7	28,0	
Outro	9	75,0	3	25,0	
Bolsa de estudo					0,71
Não	218	61,6	136	38,4	
Monitoria	5	62,5	3	37,5	
FAPESP, CNPQ, Pibic	66	56,9	50	43,1	
PAE	11	57,9	8	42,1	
PET	58	59,2	40	40,8	
Outra	52	52,5	47	47,5	
Suficiência da Mesada					0,001
Insuficiente	17	45,9	20	54,1	
Precisa complementar	86	54,8	71	45,2	
Sobra para o lazer	209	67,0	103	33,0	
Não sobra para o lazer	34	44,2	43	55,8	
Não recebo	60	57,1	45	42,9	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado

No que tange à dificuldade em fazer novos amigos e sentir-se rejeitado pelo grupo de amigos, respectivamente, 72,8% e 72,3% apresentaram TMC ($p < 0,001$). Quanto à adaptação no município, observa-se prevalência de TMC de 83,3% entre os que não se sentem adaptados, 51,7% entre os que referiram estar parcialmente, 56,5% razoavelmente adaptados e 34,3% entre os que afirmam estar totalmente adaptados

Com relação à satisfação com a escolha profissional, houve diferença entre os níveis de satisfação e a prevalência de TMC ($p < 0,001$). Entre os totalmente

satisfeitos, a prevalência de TMC foi 31,3%, naqueles que se diziam parcialmente satisfeitos foi 56,3%, nos insatisfeitos 83,3% e nos muito insatisfeitos 58,3%.

No que diz respeito a abandonar o curso, a prevalência de TMC foi 30,9% entre os que nunca pensaram em abandoná-lo; 48,2% entre os que pensaram e não pensam mais e 69,7% entre aqueles que ainda pensam. Esta foi uma diferença que se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Não houve associação entre desempenho no semestre anterior e presença de TMC ($p = 0,06$), destacando-se, porém, entre aqueles que ficaram de 2ª época em uma ou mais disciplinas e os que caíram de turma, as prevalências mais elevadas, respectivamente 60,0% e 54,5% (tabela 12). Quanto à autoavaliação do desempenho, observa-se prevalência de TMC de 61,5% para autoavaliação péssima, 52,6% para insuficiente, 47,8% para regular, enquanto bom e excelente apresentaram 35,5% e 27,9% respectivamente ($p = 0,002$).

TABELA 12: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, Medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo variáveis selecionadas (n=695), 2013.

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Dificuldade em fazer novos amigos (últimos 12 meses)					<0,001
Não	381	64,6	209	35,4	
Sim	28	27,2	75	72,8	
Sensação de rejeição pelo grupo de amigos (últimos 12 meses)					<0,001
Não	372	66,8	185	33,2	
Sim	38	27,7	99	72,3	
Adaptação em Botucatu					<0,001
Totalmente adaptado	308	65,7	161	34,3	
Parcialmente adaptado	73	48,3	78	51,7	
Razoavelmente adaptado	27	43,5	35	56,5	
Não adaptado	2	16,7	10	83,3	
Satisfação com a escolha profissional					<0,001
Totalmente satisfeito	303	68,7	138	31,3	
Parcialmente satisfeito	100	43,7	129	56,3	
Insatisfeito	2	16,7	10	83,3	
Muito insatisfeito	5	41,7	7	58,3	
Pensamento em abandonar o curso					<0,001
Não, nunca	280	69,1	125	30,9	
Sim, mas não penso mais	103	51,8	96	48,2	
Sim, ainda penso	27	30,3	62	69,7	
No último semestre:					0,06
Nenhum exame	255	59,2	176	40,8	
Exame final	61	56,0	48	44,0	
2ªépoca em 1 ou mais disciplinas	10	40,0	15	60,0	
Dependência	10	52,6	9	47,4	
Caiu de turma	5	45,5	6	54,5	
1ºano	67	70,5	28	29,5	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado

Tabela 12: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, Medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo variáveis selecionadas (n=695), 2013. Continuação.

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	n	%	N	%	
Avaliação do desempenho do curso					0,002
Péssimo	5	38,5	8	61,5	
Insuficiente	27	47,4	30	52,6	
Regular	118	52,2	108	47,8	
Bom	229	64,5	126	35,5	
Excelente	31	72,1	12	27,9	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado

5.4 Análise bivariada entre Transtorno Mental Comum e lazer.

Quanto à relação entre TMC e lazer (tabela 13), é possível observar que, apenas o interesse físico-esportivo apresentou associação com o desfecho ($p=0,004$), mostrando-se um fator de proteção, com menor prevalência entre os praticantes. Neste grupo, 50,3% dos sujeitos que não praticam nenhuma modalidade apresentaram TMC. Entretanto, ao se analisar cada modalidade separadamente, apenas futsal e ginástica apresentaram associação ($p=0,05$), com prevalência de TMC de 41,7% entre os sujeitos que não praticam futsal e 42,2% para os que não praticam ginástica.

Algumas modalidades apresentaram diferenças estatísticas para a presença de TMC. Tocar algum instrumento ou cantar apresentou prevalência de TMC de 43,3% para aqueles que não vivenciam tal modalidade. Dentro do interesse social, frequentar festas se associou à prevalência de TMC, mostrando um percentual de 48% de sujeitos com TMC, dentre os que não frequentam festas.

TABELA 13: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo os interesses do lazer (n=695), 2013.

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Esportes					0,004
Não vivencia	83	49,7	84	50,3	
Vivencia	328	62,1	200	37,9	
Artes					0,86
Não vivencia	20	60,6	13	39,4	
Vivencia	391	59,1	271	40,9	
Intelectuais					0,32
Não vivencia	99	55,9	78	44,1	
Vivencia	312	60,2	206	39,8	
Manuais					0,13
Não vivencia	218	61,9	134	38,1	
Vivencia	193	56,3	150	43,7	
Sociais					0,31
Não vivencia	29	52,7	26	47,3	
Vivencia	382	59,7	258	40,3	
Internet*					0,57
Não vivencia	5	62,5	3	37,5	
Vivencia	406	59,1	281	40,9	
Turístico					0,38
Não vivencia	84	56	66	44	
Vivencia	327	60	218	40	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado*Teste de Fisher

TABELA 14: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo as modalidades de cada interesse do lazer (n=695), 2013.

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Esportes					
Futebol campo					0,22
Não vivencia	383	58,6	271	41,4	
Vivencia	28	68,3	13	31,7	
Futsal					0,05
Não vivencia	384	58,3	275	41,7	
Vivencia	27	75	9	25	
Voleibol					0,90
Não vivencia	393	59,2	271	40,8	
Vivencia	18	58,1	13	41,9	
Basquete					0,56
Não vivencia	401	59,3	275	40,7	
Vivencia	10	52,6	9	47,4	
Handebol					0,44
Não vivencia	390	58,8	273	41,2	
Vivencia	21	65,6	11	34,4	
Rugby					----
Não vivencia	411	59,5	280	40,5	
Vivencia	0	--	4	100	
Ciclismo					0,41
Não vivencia	393	58,8	275	41,2	
Vivencia	18	66,7	9	33,3	
Tênis					0,29
Não vivencia	402	59,5	274	40,5	
Vivencia	9	47,4	10	52,6	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado

Tabela 14: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo as modalidades de cada interesse do lazer (n=695), 2013. Continuação.

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Natação					0,75
Não vivencia	397	59,2	273	40,8	
Vivencia	14	56,0	11	44,0	
Atletismo					0,49
Não vivencia	390	59,5	266	40,5	
Vivencia	21	53,8	18	46,2	
Lutas					0,39
Não vivencia	391	58,8	274	41,2	
Vivencia	20	66,7	10	33,3	
Corrida					0,58
Não vivencia	341	59,6	231	40,4	
Vivencia	70	56,9	53	43,1	
Musculação					0,07
Não vivencia	228	56,3	177	43,7	
Vivencia	183	63,1	107	36,9	
Caminhada					0,91
Não vivencia	294	59,3	202	40,7	
Vivencia	117	58,8	82	41,2	
Ginástica					0,05
Não vivencia	355	57,8	259	42,2	
Vivencia	56	69,1	25	30,9	
Dança					0,16
Não vivencia	366	58,3	262	41,7	
Vivencia	45	67,2	22	32,8	
Artes					
Museu*					0,54
Não vivencia	403	59,2	278	40,8	
Vivencia	8	57,1	6	42,9	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado* Teste de Fisher

Tabela 14: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo as modalidades de cada interesse do lazer (n=695), 2013.Continuação.

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Biblioteca					0,42
Não vivencia	288	58,2	207	41,8	
Vivencia	123	61,5	77	38,5	
Cinema					0,58
Não vivencia	252	58,3	180	41,7	
Vivencia	159	60,5	104	39,5	
Teatro					0,76
Não vivencia	378	59,0	263	41,0	
Vivencia	33	61,1	21	38,9	
Televisão					0,19
Não vivencia	114	55,3	92	44,7	
Vivencia	297	60,7	192	39,3	
Shows					0,25
Não vivencia	346	58,2	248	41,8	
Vivencia	65	64,4	36	35,6	
Ouvir música					0,91
Não vivencia	84	59,6	57	40,4	
Vivencia	327	59,0	227	41,0	
Tocar instrumento ou cantar					0,007
Não vivencia	318	56,7	243	43,3	
Vivencia	93	69,4	41	30,6	
Intelectual					
Damas*					0,54
Não vivencia	409	59,2	282	40,8	
Vivencia	2	50,0	2	50,0	
Xadrez					0,37
Não vivencia	389	58,8	273	41,2	
Vivencia	22	66,7	11	33,3	

(1) Teste qui-quadrado*Teste de Fisher

Tabela 14: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo as modalidades de cada interesse do lazer (n=695), 2013. Continuação.

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Gamão					-----
Não vivencia	410	59,1	284	40,9	
Vivencia	1	100	0	---	
Jogo de memória					0,35
Não vivencia	399	59,5	272	40,5	
Vivencia	12	50,0	12	50,0	
Palestras					0,32
Não vivencia	353	59,9	236	40,1	
Vivencia	58	54,7	48	45,3	
Cursos					0,97
Não vivencia	329	59,2	227	40,8	
Vivencia	82	59,0	57	41,0	
Leitura livros					0,63
Não vivencia	159	58,0	115	42,0	
Vivencia	252	59,9	169	40,1	
Leitura revistas					0,52
Não vivencia	300	59,9	201	40,1	
Vivencia	111	57,2	83	42,8	
Leitura jornais					0,51
Não vivencia	308	58,4	219	41,6	
Vivencia	103	61,3	65	38,7	
Manual					
Artesanato					0,07
Não vivencia	399	59,8	268	40,2	
Vivencia	12	42,9	16	57,1	
Carpintaria/Marcenaria*					0,53
Não vivencia	407	59,1	282	40,9	
Vivencia	4	66,7	2	33,3	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado*Teste de Fisher

Tabela 14: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo as modalidades de cada interesse do lazer (n=695), 2013. Continuação.

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Corte/costura					0,81
Não vivencia	402	59,2	277	40,8	
Vivencia	9	56,2	7	43,8	
Culinária					0,16
Não vivencia	238	61,5	149	38,5	
Vivencia	173	56,2	135	43,8	
Jardinagem					0,36
Não vivencia	380	59,6	257	40,4	
Vivencia	31	53,4	27	46,6	
Social					
Festas					0,004
Não vivencia	131	52,0	121	48,0	
Vivencia	280	63,2	163	36,8	
Casas noturnas					0,43
Não vivencia	241	57,9	175	42,1	
Vivencia	170	60,9	109	39,1	
Eventos					0,15
Não vivencia	271	57,3	202	42,7	
Vivencia	140	63,1	82	36,9	
Encontros em restaurantes, pizzarias, lanchonetes					0,51
Não vivencia	82	61,6	51	38,4	
Vivencia	329	59,5	233	41,5	
Associações					0,85
Não vivencia	382	59,0	265	41,0	
Vivencia	29	60,4	19	39,6	
Bares					0,60
Não vivencia	267	58,4	190	41,6	
Vivencia	144	60,5	94	39,5	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado

Tabela 14: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e Nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo as modalidades de cada interesse do lazer (n=695), 2013. Continuação.

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Clubes					0,16
Não vivencia	366	58,3	262	41,7	
Vivencia	45	67,2	22	32,8	
Internet					
Sítes – entretenimento, notícias.					0,42
Não vivencia	50	63,3	29	36,7	
Vivencia	361	58,6	255	41,4	
Redes sociais					0,42
Não vivencia	14	63,6	8	36,4	
Vivencia	397	59,0	276	41,0	
Jogos eletrônicos – vídeo game.					0,28
Não vivencia	288	60,5	188	39,5	
Vivencia	123	56,2	96	43,8	
Turismo					
Regional					0,65
Não vivencia	135	57,9	98	42,1	
Vivencia	276	59,7	186	40,3	
Nacional					0,26
Não vivencia	255	57,6	188	42,4	
Vivencia	156	61,9	96	38,1	
Internacional					0,84
Não vivencia	342	59,0	238	41,0	
Vivencia	69	60,0	46	40,0	
Parques temáticos					0,76
Não vivencia	372	58,9	259	41,1	
Vivencia	39	60,9	25	39,1	
Passeios					0,51
Não vivencia	208	57,9	151	42,1	
Vivencia	203	60,4	133	39,6	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado

No que tange ao uso problemático de álcool, não foi observada associação com TMC ($p=0,12$). Entre os que relataram usar álcool, drogas e/o tabaco no lazer, a prevalência de TMC foi 45,1% , significativamente diferente ($p=0,04$) daqueles que não fazem uso (tabela 15). Questionados sobre qual ou quais substâncias fizeram uso, apenas 16 sujeitos detalharam o tipo de substâncias utilizadas no lazer, sendo: dois com o uso de maconha, 13 pessoas utilizaram álcool e apenas um tabaco. A satisfação com a frequência em atividades no lazer (tabela 15) associou-se com a presença de TMC ($<0,001$), com prevalência de 49,9% entre aqueles que não estão satisfeitos e 24,0% entre os satisfeitos.

TABELA 15: Prevalência de Transtorno Mental Comum em estudantes de Enfermagem, medicina e nutrição do campus de Botucatu-UNESP segundo uso problemático de álcool, uso de substâncias psicoativas no lazer e satisfação com a frequência em atividades no lazer (n=695)

	TMC				
Variável	Ausente		Presente		P ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
Beber Problemático*					0,12
Não	262	61,4	165	38,6	
Sim	141	55,3	114	44,7	
Uso de substâncias psicoativas no lazer					0,04
Não usou álcool, drogas, tabaco	242	62,5	145	37,5	
Usou álcool, drogas, tabaco	169	54,9	139	45,1	
Satisfação com a frequência em atividades no lazer					<0,001
Sim	184	76,0	58	24,0	
Não	206	50,1	205	49,9	

⁽¹⁾ Teste qui-quadrado* Segundo o AUDIT

Quando questionados sobre os motivos que dificultam a vivência de atividades no lazer, 521 sujeitos (75%) alegraram falta de tempo, 298 sujeitos (42,9%) falta de dinheiro, 99 sujeitos (14,2%) distância, 90 (12,1%) falta de atividade ou vontade, 16 (2,3%) medo de se expor à violência nas ruas, 26 (3,7%) alegaram outros motivos e 9 sujeitos (1,2%) não responderam (dados não apresentados em tabela). Destaca-se que mais de uma resposta era possível, razão pela qual os percentuais não somam 100%.

5.5 Análise multivariada

Como descrito na seção de métodos, foram construídos modelos hierarquizados, incluindo-se todas as variáveis com $p \leq 0,25$. No modelo inicial foram incluídos: curso, ano do curso, estado civil (agrupado em solteiros e demais categorias), com quem mora, relação dos pais, suficiência da mesada, dificuldade de fazer novos amigos, sensação de rejeição pelo grupo de amigos, adaptação a Botucatu, satisfação com a escolha profissional (agrupado em totalmente satisfeito e demais categorias), pensar em abandonar o curso, desempenho acadêmico no último semestre, autoavaliação do desempenho do curso, uso problemático de álcool e apoio social.

Como todos os domínios do apoio social avaliados pela EAS mostraram-se significativamente associados a TMC, como fator de proteção, decidiu-se selecionar qual destes domínios seria incluído no modelo inicial. Foi construído um modelo de regressão logística, tendo como desfecho TMC e incluindo todos estes domínios e, também, o escore total (tabela 16), restando significativo apenas o domínio apoio interação (OR=0,87; IC95% 0,77-0,99).

TABELA 16: Modelo Logístico bruto e ajustado da Escala de Apoio Social e seus domínios.

<i>Apoio Social e seus domínios</i>	<i>OR bruto</i>	<i>IC95%</i>	<i>OR ajustado</i>	<i>IC95%</i>
Apoio total	0,96	0,95-0,97	1,01	0,92-1,11
Apoio material	0,89	0,85-0,93	0,95	0,85-1,06
Apoio afetivo	0,86	0,81-0,91	1,03	0,89-1,21
Apoio emocional*	0,88	0,84-0,91	---	---
Apoio informação	0,86	0,83-0,90	0,89	0,76-1,05
Apoio interação	0,83	0,79-0,88	0,87	0,77-0,99

*Possível colinearidade do apoio emocional, não se mantendo no modelo ajustado.

Os modelos construídos posteriormente testaram a significância dos interesses e modalidades de atividades no lazer, sendo incluídas uma a uma as seguintes variáveis: prática de esportes (sim ou não), atividades manuais, futebol de campo, futsal, musculação, ginástica, dança, televisão, *shows*, tocar instrumento

e/ou cantar, artesanato, culinária, festas, eventos, clubes, beber problemático, uso de substâncias psicoativas no lazer e satisfação com a frequência em atividades no lazer.

A tabela 17 apresenta os modelos de regressão logística para presença de TMC. No primeiro modelo, permaneceram associados a TMC: ser aluno do curso de medicina (OR=1,99), ser aluno do curso de enfermagem (OR=4,51); não ser solteiro (OR=3,45); dificuldade em fazer amigos (OR=2,05); sentir-se rejeitado (OR=2,79); estar insatisfeito com a escolha do curso (OR=1,66), ter pensado em abandonar o curso no passado (OR=1,89), pensar ainda hoje em abandonar o curso (OR=2,91), insatisfação com frequência em atividades no lazer (OR=2,26); uso de substâncias psicoativas no lazer (OR=1,65) e apoio interação (OR=0,88).

No segundo modelo, foi incluído o interesse esporte, que se mostrou significativo apenas quando excluído o apoio interação, (OR=1,54 IC95% 1,00-2,37). No modelo final, foi incluída a modalidade tocar instrumento ou cantar, que se mostrou significativa, mesmo após ajuste para demais variáveis da tabela e a permanência do escore de apoio social no domínio interação, com OR=1,89 IC95% 1,16-3,08.

TABELA 17: Modelos de Regressão Logística para presença de Transtorno Mental Comum entre alunos matriculados nos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição no campus de Botucatu-Unesp (n=695), 2013.

		Modelo 1		Modelo 2		Modelo3	
		OR bruto	IC95%	OR ajust*.	IC95%	OR ajust.	IC95%
Curso	Nutrição	1		1		1	
	Medicina	1,90	1,23-2,94	1,99	1,14-3,47	1,86	1,08-3,21
	Enfermagem	3,74	2,18-6,43	4,51	3,32-8,78	4,06	2,11-7,81
Estado civil	Solteiro	1		1		1	
	Outros	3,20	1,36-7-52	3,45	1,20-9,91	3,03	1,09-8,41
Dificuldade em fazer amigos	Não	1		1		1	
	Sim	4,88	3,06-7,78	2,05	1,13-3,71	2,41	1,36-4,29
Sentir-se rejeitado	Não	1		1		1	
	Sim	5,24	3,46-7,92	2,79	1,67-4,64	3,30	2,00-5,44
Satisfação com a escolha do curso	Sim	1		1		1	
	Não	2,99	2,17-4,13	1,66	1,08-2,55	1,72	1,12-2,64
	Não	1		1		1	
Abandonar o curso	Sim, mas não penso mais	2,09	1,47-2,96	1,89	1,24-2,90	1,87	1,23-2,86
	Sim, ainda penso	5,14	3,12-8,47	2,91	1,51-5,60	2,92	1,54-5,54
Satisfação com a frequência do Lazer	Sim	1		1		1	
	Não	3,16	2,22-4,49	2,26	1,49-3,42	2,42	1,60-3,64
Uso de álcool, tabaco, subs. Psicoativas	Não	1		1		1	
	Sim	1,37	1,01-1,86	1,65	1,13-2,41	1,59	1,10-2,31
Apoio Interação** Esportes	Escore	0,83	0,78-0,88	0,88	0,83-0,95	-----	-----
	Sim	1				1	
	Não	1,66	1,17-2,36			1,54	1,00-2,37
Tocar instrumento ou cantar	Sim	1				1	
	Não	1,73	1,16-2,59			1,89	1,16-3,08

*Ajustado para sexo e demais variáveis da tabela. **Incluído o escore obtido neste domínio da Escala de Apoio Social.

6. DISCUSSÃO

No intuito de tornar a discussão mais clara, os achados deste estudo serão apresentados na seguinte ordem: inicialmente, discutiremos o tipo e a frequência em atividades no lazer em cada um dos cursos, ressaltando as diferenças, quando houver. Posteriormente, será discutida a prevalência de TMC, os fatores que se mostraram associados e o possível impacto do lazer nesta prevalência.

6.1 Lazer entre estudantes universitários

Na análise descritiva da casuística referente ao lazer, observou-se que ocorreram diferenças estatísticas entre os cursos, quando associados às modalidades. No interesse físico-esportivo, as atividades: jogar futebol, futsal, ciclismo, tênis, atletismo, fazer musculação ou caminhada mostraram tal diferença estatística. Em relação a futebol e futsal, observou-se predomínio de praticantes no curso de Medicina, provavelmente pela presença marcante de homens neste curso, em comparação aos demais: 45,8% são do sexo masculino na Medicina, enquanto que, nos cursos de Enfermagem e Nutrição, são 5,3% e 10,2%, respectivamente. As modalidades tênis e atletismo, por sua vez, são mais praticadas pelos alunos da Medicina. Uma hipótese para este achado é a variável renda, pois, para a prática de tênis, há a necessidade de ser associado a um clube ou alugar quadra para este esporte. O mesmo pode ter ocorrido com a modalidade “musculação”, também mais praticada pelos alunos da Medicina e Nutrição, neste último caso, talvez pelo fato do curso ser noturno. Já a modalidade caminhada mostrou maior número de praticantes entre os alunos do curso de Enfermagem, seguido do curso de Nutrição. Aqui também é possível ter havido influência da renda, mas, em um outro sentido: para esta prática, é possível utilizar ambientes públicos sem custos, além de grupos de caminhada oferecidos no município. Por fim, a modalidade “dança” mostrou-se mais presente entre os alunos da Enfermagem e Nutrição e, provavelmente, por se tratarem de cursos com predominância de estudantes do sexo feminino (Enfermagem: 94,7% e Nutrição: 89,8%). Quanto ao atletismo, é possível que os incentivos sejam maiores para o curso de Medicina, em função de um maior número de competições entre estudantes deste curso no estado de São Paulo.

Dentro do interesse artístico as modalidades que apresentaram diferença estatística entre os cursos foram: ir à biblioteca, frequentar cinema, assistir televisão,

ir a *shows*, e ouvir músicas. Os alunos do curso de Enfermagem frequentam mais a biblioteca do que os demais. É possível que a utilização no espaço de tempo entre as aulas do período da manhã e da tarde possa ser um fator associado a este dado, devido à dificuldade de retorno para suas casas, mediada por renda e/ou por dificuldades no transporte (43,4% dos alunos da Enfermagem utilizam o meio de transporte por “carona”). O questionário utilizado não permite testar esta hipótese. Frequentar o cinema predominou na Nutrição e Medicina - um achado provavelmente associado ao fato da maior parte dos alunos deste curso ter suas famílias residindo fora de Botucatu e retornar nos finais de semana para visitar seus pais. Na época da coleta, a cidade contava com apenas uma sala de cinema, com horários e programação muito restritos. Assistir televisão, ir a *shows* e ouvir música foi também referido predominantemente por estudantes de Enfermagem e Nutrição. No interesse “intelectual”, as modalidades palestras e cursos foram mais vivenciadas pelos alunos da Enfermagem.

Quanto ao interesse “manual”, apenas a modalidade culinária mostrou diferença estatística, em que os estudantes de Enfermagem mostraram maiores vivências, seguidos dos alunos de Nutrição. Este é um achado provavelmente associado a gênero, no qual 94,7% dos estudantes da Enfermagem são mulheres e 89,8% do curso da Nutrição também o são.

No interesse “social”, frequentar casas noturnas, eventos e clubes apresentaram diferenças estatísticas. Por fim, no interesse turístico, apenas a modalidade de viagens internacionais mostrou diferença estatística, sendo predominante a vivência entre os estudantes de Medicina. Isto, provavelmente, por receberem maior renda.

Entre estudantes universitários, a associação do lazer com o uso de álcool é frequente (SENAD, 2010). No presente estudo, a partir do uso do AUDIT, a prevalência de beber problemático foi 37,4%, não diferindo entre os três cursos. A prevalência de uso de álcool, tabaco e/ou substâncias psicoativas entre universitários tem sido considerada alta, variando de 66,3% (PADUANI et al., 2008) até 87% (LUCAS et al., 2006). Essas prevalências foram encontradas considerando o uso de alguma substância psicoativa pelo menos uma vez na vida, diferente deste estudo, no qual foi rastreado o uso problemático, talvez por esta razão, uma prevalência menor.

O estudo de Lucas et al. (2006) mostrou que um dos motivos mais alegados para o uso foi curiosidade. Outro estudo que observou a curiosidade como maior incentivador para a experimentação de substâncias psicoativas (exceto álcool e tabaco) foi a pesquisa sobre condutas e uso entre estudantes universitários (SENAD, 2010). Ambos estudos mostram aspectos importantes para a presente pesquisa: o uso de substâncias psicoativas em momentos destinados ao lazer e para alívio do cansaço físico e/ou mental.

Segundo estudo anteriormente citado (SENAD, 2010), ao relacionar a média de horas livre em um dia no final de semana e a quantidade de álcool ingerida, foi observado que, quem tem mais horas vagas, tende a consumir mais. Também foi observado no estudo da SENAD, que os estudantes das três áreas envolvidas (biológicas, exatas e humanas) apresentaram uma aprovação de 80% quanto à experimentação de álcool, enquanto que o tabaco foi aprovado por menos da metade dos alunos da área de humanas e menos de 40% os alunos dos cursos das ciências biológicas e exatas. Este estudo mostrou ainda que, enquanto os alunos de humanas utilizavam suas horas livres para vivências culturais (63,5%) e leitura de livros e revistas (47,4%) não relacionadas à sua área de atuação, os alunos de exatas afirmaram praticar mais esportes (38,1%) neste período. As atividades mais citadas entre os alunos da área biológica nas horas vagas, no estudo da SENAD, foram: “sair para frequentar *raves* e festas universitárias” (21,7%), “assistir televisão” (48,2%) e “viajar com amigos ou com namorado(a)” (28%). Este último achado corrobora os resultados encontrados nas descrições do presente estudo, onde 63,7% dos estudantes dos três cursos avaliados frequentaram festas e 34,2% bares. Frequentar ambientes como restaurantes, pizzarias e lanchonetes apresentou uma taxa de 80,9%, e uma hipótese para este achado são as limitações do município frente à falta de oferta de locais de entretenimento social.

6.2 Prevalência de TMC e fatores associados

A prevalência de TMC na população estudada foi de 40,9% (IC95% 37,2% a 44,5%). Após análise multivariada, mantiveram-se significativamente associadas à presença de TMC as seguintes variáveis: curso de enfermagem seguido de medicina, não ser solteiro, ter dificuldade em fazer amigos, sentir-se rejeitado, estar insatisfeito com a escolha do curso, desejo de abandonar o curso, insatisfação com a frequência em atividades no lazer, uso de álcool, tabaco e/ou substâncias

psicoativas no lazer, menor escore de apoio interação, não praticar esportes e não tocar instrumento e/ou cantar.

O presente estudo apresentou prevalências semelhantes às observadas na literatura. Na mesma instituição que esta pesquisa foi desenvolvida, dois inquéritos anteriores que envolveram apenas estudantes de medicina encontraram prevalências de TMC de 44,7% (LIMA et al., 2006) e 44,9% (SILVA et al., 2014). Outros estudos também mostram uma prevalência significativa de sofrimento psíquico entre estudantes de medicina, como: Almeida et al. (2007) encontrando 29,6% de TMC, Fiorotti et al. (2010) apresentando 37,1%, Costa et al. (2010) com 40% e Dachew et al. (2015), com 40,9%. Facundes e Ludermir (2005) investigaram a presença de TMC em estudantes da saúde, encontrando uma prevalência de TMC de 34,1%.

A “insatisfação com a frequência em atividades no lazer” foi elevada e associou-se a maior prevalência de TMC. Esse achado corrobora, de certo modo, os achados de Bampi et al. (2013a e 2013b), no qual os pesquisadores avaliaram a percepção de qualidade de vida dos estudantes, observando que ter poucas vivências no lazer associou-se com pior qualidade de vida. Fiorotti et al. (2010) afirmaram, em seu estudo, que a carga curricular extensa apresenta efeitos prejudiciais para o período destinado ao lazer, o que pode explicar a insatisfação com a frequência em atividades no lazer.

A variável “estado civil” permaneceu significativa estatisticamente no modelo logístico final deste estudo, permanecendo como fator risco não ser solteiro (OR=3,20). No estudo de Costa et al. (2010) a variável “não ter um parceiro fixo” mostrou-se fator de risco, com um OR de 1,24, entretanto, essa variável perdeu sua significância no modelo logístico final. Por se tratar de uma variável que não tem se mantido significativa nos estudos que investigam TMC em universitários, fez-se necessário pesquisar em estudos populacionais tal associação. Lucchese et al. (2014) investigaram a prevalência de TMC na atenção primária, observando que, ser solteiro, era um fator de proteção, com um RP=0,64. Em Petrópolis – RJ, foi rastreada a presença de TMC nas unidades de saúde do programa Saúde da Família, e mostraram-se fatores de risco para o transtorno as variáveis: sexo feminino, faixa etária abaixo de 45 anos, baixa renda, e não ter companheiro (FORTES et al., 2011). Observa-se que, nos estudos de Costa et al. (2010) e Fortes

et al (2011), ser solteiro é um fator de risco, ao contrário do achado deste estudo e do estudo de Lucchese et al. (2014). Provavelmente, outros aspectos subjacentes à condição "não ter companheiro" estejam determinando esta falta de consenso nas diferentes pesquisas.

Assim como observado neste estudo, outra pesquisa desenvolvida na mesma instituição (SILVA et al., 2014) identificou um importante papel do domínio interação do apoio social na prevalência de TMC. Há também fatores que, indiretamente, podem estar ligados ao apoio social, como as variáveis "dificuldade para fazer amigos" e "sentir-se rejeitado", e que mostraram-se fatores de risco para TMC. Achado similar foi encontrado no estudo de Dachew et al. (2015), no qual não ter amigos próximos e ter conflitos com amigos também foram fatores de risco para TMC. É interessante que aspectos como dificuldades de fazer amigos, sentir-se rejeitado e também a insatisfação com a escolha do curso têm se mostrado consistentemente associados a TMC, como fatores de risco (LIMA et al. 2006; SILVA et al. 2014; DACHEW et al., 2015).

Embora no presente estudo a prática de esportes não tenha se mantido significativa no modelo logístico final, a associação entre esportes e melhor saúde mental tem sido amplamente estudada no Brasil e no mundo. A prática esportiva, seja ela periodizada¹¹ ou não periodizada, tem apresentado benefícios, tanto à saúde física quanto mental (GOLDFARB et al., 1990; GIOVANI et al., 2008; NYBO et al., 2010; OTTO e SMITS, 2011).

Desde 1990, Goldfarb et al. já haviam identificado que praticar exercício físico em intensidades acima de 70% do VO₂max proporcionava o aumento de liberação de beta-endorfinas no plasma, em um intervalo de 15min e, se a prática fosse a uma intensidade maior, o aumento da concentração será em menor tempo. Há, porém discussões acerca do quanto de atividade física é benéfica. Giovani et al. (2008) pesquisaram o nível de beta-endorfina em resposta ao treinamento e sobre-treinamento¹², mostrando que exceder no volume e/ou intensidade não

¹¹ Periodização é o planejamento geral e detalhado do tempo disponível para o treinamento, de acordo com os objetivos intermediários e perfeitamente estabelecidos, respeitando-se os princípios científicos do treinamento desportivo (DANTAS, 2003).

¹² O sobre-treinamento pode ser definido como o aumento no volume ou na intensidade do treinamento que resulta longo período de diminuição no desempenho. (GIOVANI et al, 2008, p.589)

causaria mais benefícios, ao contrário, haveria uma diminuição na liberação de beta-endorfinas e, conseqüentemente a queda dos benefícios atribuídos à prática. Nybo et al. (2011) observaram que a intensidade de treinamentos influencia em aspectos diferentes, encontrando melhoria cardiorrespiratória e diminuição de níveis de glicemia em treinamentos intervalados de corrida e que treinamentos tradicionais, ou seja, contínuo associado a treinamento de força, resulta na diminuição de níveis glicêmicos, aumento da massa magra e óssea.

Otto e Smits (2011) publicaram um livro sobre exercício físico para ansiedade e depressão. De acordo com estes autores o exercício físico tem um efeito positivo, liberando, entre outras substâncias, a serotonina. Este neurotransmissor tem grande importância no controle do estado do humor e, quando ocorre desequilíbrio em sua liberação, desencadeia sintomas físicos e mentais incapacitantes para o indivíduo. Para os autores o exercício físico se assemelha ao mecanismo de medicamentos antidepressivos, oferecendo os efeitos positivos de estado de bem-estar após as práticas físicas. Corroborando os achados de Otto e Smits, Rios et al. (2010) concluíram que vivenciar uma atividade no lazer, podendo esta ser prática física, pode melhorar o bem-estar do sujeito e evitar que o mesmo apresente isolamento social. Os autores discutem que esta melhoria pode se dar pela possibilidade de aliviar estresse, ansiedade e depressão.

Rocha et al. (2012) observaram que praticar futebol e ciclismo era fator protetor para TMC, havendo, no entanto, diferenças entre as modalidades. Com o futebol haveria predominância do sistema anaeróbio e a atividade seria praticada em grupo, ao passo que, com o ciclismo, haveria predominância do sistema aeróbio e esta seria praticada individualmente. Os autores creditaram tal resultado a duas hipóteses: efeitos endócrinos e associados à neurotransmissão e os efeitos psicológicos, considerando que mesmo a atividade praticada individualmente pode ser vivenciada em grupos.

Chama a atenção que o interesse físico-esportivo deixou de ser significativo como fator de proteção para TMC, quando foi incluído no modelo o apoio interação. Este achado faz supor que este interesse estava atuando como fator de proteção, mais pelo seu componente "psicossocial" (por exemplo, estar em grupo ou pertencer a um grupo), do que pelos mecanismos fisiológicos descritos acima.

Entre as vivências investigadas no interesse artístico, apenas tocar instrumento e/ou cantar mantiveram-se significante como fator de proteção no modelo final de regressão logística. Na literatura, não há muitas publicações relacionando à atividade musical como atividade do contexto do lazer com a saúde física e/ou mental. Por outro lado, foram encontrados estudos que relacionam a música como recurso de tratamento e/ou educacional (ZANINI et al., 2009; KATRINA et al., 2013). A musicoterapia foi avaliada como ferramenta positiva para tratamentos de Hipertensão Arterial (HA) e melhoria da qualidade de vida de portadores de HA. O estudo de Zanini et al. (2009) consiste em um ensaio clínico controlado, com uso de medicação e sessões de musicoterapia para o grupo experimental e somente medicação para o grupo controle. Os resultados mostraram melhor qualidade de vida e dos níveis pressóricos para o grupo experimental (ZANINI et al., 2009).

Na formação de estudantes de medicina nos Estados Unidos, Harold et al., 2009 utilizaram a música como instrumento para "quebrar a rotina", diminuir o estresse e proporcionar aos alunos uma oportunidade de estabelecer um equilíbrio adequado entre a grade curricular acadêmica e a vida pessoal. Para os autores, a música foi um veículo de interação, facilitador para a construção de uma comunidade, com capacidade de diminuir o estresse, proporcionando um ambiente mais acolhedor, e assim os alunos puderam vivenciar a experiência de um ambiente holístico. Foi observado que, nos dois projetos pilotos desenvolvidos os alunos vivenciaram emoções, expressas na forma de riso e choro e alívio do estresse. A experiência ocorreu em uma aula de fisiologia, após uma semana de avaliações de outras disciplinas. Os responsáveis pela vivência observaram que cantar no final de um dia estressante, seja uma frase de música ou ouvindo uma gravação em sala de aula, contribuiu para um ambiente mais acolhedor (HAROLD et al., 2009).

Arno e Kumagai (2012) descreveram a importância do uso das artes na educação médica, na Universidade de Michigan. Os aspectos mais evidenciados quanto à melhoria na formação do estudante foram: o humanizar do estudante diante das situações de adoecimento, sofrimento e morte; desenvolver habilidades de observação, descrição, pensamento crítico e comunicação; desenvolver a identidade, e aspectos de formação como facilidade em aprendizagem de anatomia através da pintura corporal. Os autores descrevem que, na instituição, os estudantes dos dois primeiros anos têm uma disciplina, na qual devem trabalhar em pares com

voluntários (sejam estes pacientes ou não). Ao longo da disciplina, os alunos desenvolveram atividades artísticas, como pintura, escultura, poemas e música, com objetivo de apresentar as situações vivenciadas com suas duplas.

Na literatura sobre o ócio¹³, há toda uma discussão voltada aos modelos de ócio terapêutico. Acredita-se que na busca por melhor saúde mental há a necessidade de ter algumas habilidades que podem ser encontradas nestes modelos. Stumbo e Peterson (2000) ao descreverem o modelo de habilidades do ócio apresentam três fundamentos para o mesmo, sendo eles: locus de controle interno, motivação intrínseca e liberdade de escolha. Segundo os autores, o primeiro fundamento está relacionado ao conceito de autodeterminação, em que o sujeito que vivencia o ócio assume para si a responsabilidade da escolha. O segundo fundamento, também relacionado à autodeterminação, é voltado à realização de experiências que estão ligeiramente acima do nível de habilidades do sujeito, onde o mesmo tem o controle da situação, e por meio deste controle, o mesmo reduz a inconsistência e mostra sua competência, resultando em sentimentos de satisfação, competência e controle. Por fim, a liberdade de escolha necessita de conhecimentos prévios das opções para, assim, ter tal liberdade, a fim de escolher de maneira adequada.

Lee e Mobily (1988, apud Stumbo e Peterson, 2000) ampliam a ideia sobre a liberdade de escolha, apresentando dois conceitos – “liberdade de” e “liberdade para”. O primeiro implica em maior “liberdade de” obrigações e responsabilidades, onde o sujeito até deseja vivenciar atividades no lazer, entretanto variáveis como renda, trabalho e pouco tempo são obstáculos para a vivência. Ter “liberdade para” quer dizer ter habilidades necessárias para tal prática, saber onde e com quem participar, ter a capacidade para ir ao encontro das atividades no lazer quando quiser, etc. Dentro destes dois conceitos, podemos observar, nos resultados da pesquisa, que os estudantes necessitam se conscientizar da “liberdade de”, diante da rotina esmagadora de horas extensas de estudos, usufruírem momentos que eles mesmos dizem ser “poucos” e que podem ser benéficos para sua saúde mental

¹³ Como mencionado anteriormente, a palavra ócio na língua espanhola, é sinônimo de lazer, entretanto no português, a palavra ócio tem uma associação pejorativa ao seu significado original, sendo compreendido como fruto de horas vagas, do descanso (MARTINS, 2013 p.17)

(BAMPI et al., 2013a; 2013b; FACUNDES e LUDERMIR, 2005; FIOROTTI et al., 2010).

6.3 Limitações e Fortalezas deste estudo

Este estudo deve ser visto com cautela, em função de suas limitações. O instrumento utilizado para a mensuração acerca das atividades do contexto do lazer não é validado, e foi utilizado devido à falta de um instrumento específico. Outra limitação quanto ao questionário foi a dificuldade dos alunos em responder as variações de cada modalidade em horas no dia e dias na semana, ou ainda, vezes por mês, impossibilitando a utilização da frequência específica em atividades no lazer.

Tratando-se de uma pesquisa que relaciona o lazer em seus vários interesses e saúde mental, infelizmente, não foram encontrados estudos semelhantes que pudessem contribuir para a discussão. Deste modo, foi possível apenas contrapor os achados às discussões sobre os benefícios das atividades no lazer, em especial o esporte, para a saúde mental em outras populações (GOLDFARB et al., 1990; GIOVANI et al., 2008; NYBO et al., 2010; OTTO; SMITS, 2011).

É importante ressaltar que a presente pesquisa, por se tratar de um estudo transversal, não permite estabelecer direção de causalidade entre o TMC e o lazer. Por outro lado, a pesquisa aponta duas importantes associações: entre a insatisfação com a frequência em atividades no lazer e TMC, e entre cantar ou tocar um instrumento e TMC, mostrando que o lazer é um aspecto relevante para a saúde mental e deve ser mais estudado.

Assim, além das limitações, este estudo teve também aspectos consideravelmente consistentes. Os instrumentos: *Self Report Questionnaire* - SRQ-20, o *Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT e Escala de Apoio Social – EAS são todos validados e testados no Brasil. Sabe-se, também, que um dos vieses mais comuns nos estudos transversais é o viés de resposta, entretanto, neste estudo, a taxa de resposta foi de 81,9%.

7. CONCLUSÃO

Retomando os objetivos propostos, observa-se que este estudo encontrou uma prevalência de 40,9% (IC95% 37,2 a 44,5) de TMC em estudantes da área da saúde, concordando com a literatura e semelhante aos valores encontrados nos estudos realizados na mesma instituição (LIMA et al., 2006, SILVA et al., 2014).

Quando analisados os tipos de atividades vivenciadas no lazer, foi possível observar diferenças de vivências conforme os cursos e a insatisfação quanto à frequência nessas atividades no lazer foi considerada alta. Observou-se também que, entre as várias modalidades vivenciadas no lazer identificadas na pesquisa, apenas o “tocar instrumento e/ou cantar” permaneceu associado como fator de proteção a TMC, embora outras modalidades tenham tido significâncias nas análises bivariadas.

Por fim, o domínio “interação” da escala de apoio social mostrou-se significativo, evidenciando o possível benefício de se fazer parte de um grupo. O uso de álcool, tabaco e substâncias psicoativas no lazer mostraram-se significativos para TMC, por outro lado, não houve significância entre TMC e abuso de álcool.

É possível considerar este estudo como um início para outras pesquisas voltadas à interação de duas grandes áreas: o lazer e a saúde mental. Nesta pesquisa, foi observado que, embora a maior parte das vivências no lazer tenha perdido suas significâncias estatísticas, tocar instrumento e/ou cantar manteve-se como fator de proteção.

No Brasil, o modelo de habilidades do ócio proposto por Stumbo e Peterson (2000) não é difundido e o termo ócio, historicamente, é associado pejorativamente com “estar à toa” ou “preguiça”. Com o advento do capitalismo, no qual o trabalho/produção e mais recentemente o “consumir” têm sido consideradas atividades importantes, o lazer passou a ser visto como oposto ao trabalho e, conseqüentemente, como “não produção” (MASCARENHAS, 2005). Em decorrência disto, passou a ser considerado como um fenômeno supérfluo, com atividades vivenciada quando não se tem nada mais a fazer, tendo a função apenas de diversão e/ou entretenimento (DUMAZEDIER, 2004). Nos países de língua espanhola, o ócio é sinônimo de lazer, não havendo o preconceito com “as horas vagas” e, ao contrário dos significados dados pelo senso comum no Brasil, o ócio é

valorizado e amplamente estudado, inclusive na utilização de seus modelos dentro do campo da saúde. Assim como no exterior, o modelo de habilidades do ócio deveria ser mais estudado no Brasil e colocado em prática nos serviços de saúde como todo.

Voltando ao ambiente universitário, é possível pensar na construção de ambientes dentro do campus que permitam a vivência de experiências no lazer para os universitários, visto que estes apresentam uma prevalência alta de TMC. Um momento propício destas vivências seria dentro da grade curricular dos cursos, onde, por intermédio do modelo de habilidades do ócio desenvolvido por Stumbo e Peterson (2000) (oferta de atividades no lazer, desde a dependência de um profissional habilitado, até a independência de uma vivência consciente) os alunos poderiam usufruir atividades de ócio, em períodos pré-estabelecidos, quebrando a rotina intensa já apresentada por alguns estudos (BAMPI et al, 2013a e 2013b; FACUNDES; LUDERMIR, 2005; FIOROTTI et al, 2010). Também é válido pensar que o estudo da teoria do ócio terapêutico dentro da grade curricular para futuros profissionais da saúde, poderia impactar positivamente sua prática profissional, visando à educação para o ócio como uma estratégia de manejo dos problemas de saúde, para seus futuros pacientes.

8. REFERÊNCIAS

- 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.
- ALMEIDA, A. M. et al. Common mental disorders among medical students. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 56, n. 4, p. 245-251, 2007.
- AQUINO, C. A. B.; MARTINS, J. C. O. Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. **Rev. Mal-Estar Subj.**, v. 7, n. 2, p. 479-500, 2007.
- ARAÚJO T. M. et al. Prática de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes de áreas urbanas. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 294-310, 2007.
- ARAÚJO, C. P. et al. Uso de álcool e psicotrópicos e o sofrimento psíquico em estudantes de medicina da Universidade Estácio de Sá. **Adolesc. Saúde**, v. 6, n. 1, p. 28-32, 2009.
- ARNO, K.; KUMAGAI, M. D. Acts of interpretation: a philosophical approach to using creative arts in medical education. **Acad. Med.**, v. 87, n. 8, p. 1138-1144, 2012.
- AUSTIN, D.R. Critical issues in therapeutic recreation education: Preparing for the twenty-first century. En G. HITZHUSEN y L. THOMAS (eds). *Expanding Horizons in Therapeutic Recreation XVII*. Columbia, MO: Curators University of Missouri.
- AUSTIN, D.R. El modelo de protección/promoción de la salud. In: GORBEÑA ETXBARRIA, S. *Modelos de intervención em ócio terapêutico*. Bilbao. Universidad de Deusto, 2000. P.35-48. (Documentos de Estudio de Ocio, n.11).
- BACHELADENSKI, M. S.; MATIELLO JÚNIOR, E. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, p. 2569-2579, 2010.
- BALDISSEROTTO, C. M. et al. Problemas psiquiátricos menores e indicadores do uso problemático de álcool entre os estudantes de medicina da Universidade do sul de Santa Catarina – UNISUL. **Arq. Catarin. Med.**, v. 34, n. 4, p. 73-79, 2005.
- BAMPI, L.N.S. et al. Qualidade de vida de estudantes de medicina da Universidade de Brasília. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 37, n. 2, p. 217-225, 2013a.
- BAMPI, L. N. S. et al. Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 125-132, 2013b.
- BENEDETTI, T. R. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saude Publica**, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: SENAD, 2010. p. 284.

BONATO, T. N. **Hábitos de lazer e autoconceito em adolescentes**. 2006. 106 f. Dissertação (Mestrado Psicologia Social e da Personalidade) - Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

BUZACARINI, C.; CORRÊA, E. A. Lazer dos "estudantes universitários". **Revista Conexões**: Campinas, 2015. (no prelo)

CAMARGO, L. O. L. **O que é lazer?** São Paulo: Brasiliense, 1986.

CARVALHO, Y. M. Lazer e saúde: a sociedade e o social. In: MARCELLINO, N. C. (Org.). **Lazer e sociedade**. Campinas: Alínea, 2008. p. 105-119.

CARVALHO, Y. M. Lazer, cultura e sociedade: a festa, um caminho que pode nos levar à vida do outro. **Impulso**, v. 16, n. 39, p.15-22, 2005.

COSTA, E. F. O. et al. Transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe: estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 32, n. 1, p.11-19, 2010.

CUNHA, M. A. B. et al. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de Medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n.3, p. 321-328, 2009.

DANTAS, E. H. M. **A prática da preparação física**. 5. ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

DUMAZEDIER, J. **Questionamento teórico do lazer**. São Paulo: SESC, 1975.

DUMAZEDIER, J. **Valores e conteúdos culturais do lazer**. São Paulo: SESC, 1980.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FACUNDES, V. L. D.; LUDEMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n. 3, p. 194-200, 2005.

FANG, D. Z. et al. Depression in premedical undergraduates: a cross-sectional survey. **Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry**, v.12, n.6, p. PCC.10m00958, 2010.

FANG, D. Z. et al. Burnout in premedical undergraduate students. **Acad. Psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 11-16, 2012.

FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; BORGES, L. H. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2010a.

FIOROTTI, K. P.; ROSSINI, 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, 2010b.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento Difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008.

FREIRE, T.; FONTE, C. Escala de atitudes face ao lazer em adolescentes e jovens adultos. **Paidéia**, v. 17, n. 36, p. 79-87, 2007.

FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 33, n. 2, p. 150-156, 2011.

FUCHS, S.; VICTORA, C. G.; FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 168-178, 1996.

GIANINI, R. J. et al. Prática de rastreamento no Cenário do Programa de Saúde da Família em Sorocaba (SP). **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 32, p. 15-22, 2008.

GIOVANI, S. C.; RIBEIRO, J. L.; OLIVEIRA, A. R. Níveis de beta-endorfina em resposta ao exercício e no sobretreinamento. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 52, n. 4, p. 589-598, 2008.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders**: a bio-social model. London: Tavistock, Routledge, 1993. 193 p.

GOLDFARB, A. H. et al. Plasma beta-endorphin concentration: response to intensity and duration of exercise. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 22, n. 2, p. 241-244, 1990.

GOMES, C. L. **Dicionário crítico do lazer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

GOMES, C. L. **Lazer, trabalho e educação**: relações históricas, questões contemporâneas. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

GRIEP, R. H. et al. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 379-385, 2003a.

GRIEP, R. H. et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003b.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

HAROLD, I. M.; DEMIERO, F. G.; ROSE, L. In pursuit of a holistic learning environment: the impact of music in the medical physiology classroom. **Adv. Physiol. Educ.**, v. 33, p. 37-45, 2009.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley & Sons, 1989.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saude Publica**, v. 27, n. 3, p.440-448, 2011.

LAFARGE, P. **O direito à preguiça**. São Paulo: Claridade, 2003.

LEVIN, J. **Estatística para ciências humanas**. Pearson Brasil, 2012.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol Alcohol.**, v. 40, n. 6, p.584-589, 2005.

LIMA, M. C. P. **Transtornos Mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços**. 2004. 150 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2004.

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.

LUCAS, A. C. S. et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 663-671, 2006.

LUCHESE, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paul. Enferm.**, v. 27, n. 3, p. 200-207, 2014.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e educação**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1990.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the city of São Paulo. **Br. J. Psychiatry**, n. 148, p. 23-26, 1986.

MARTINS, J. C.; BAPTISTA, M. M. O ócio nas culturas contemporâneas – Teorias e novas perspectivas em investigação. In. _____. (Org.) **Tempo livre, ócio e lazer: sobre palavras, conceitos e experiências**. Coimbra: Grácio Editor, 2013. p. 11-22.

MASCARENHAS, F. **Entre o ócio e o negócio. Teses acerca da anatomia do lazer**. 2005. 320f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

MESQUITA, E. M.; NUNES, A. J.; COHEN, C. Avaliação das atitudes dos estudantes de medicina frente ao abuso de drogas por colegas do meio acadêmico. **Rev. Psiquiatria Clín.**, v. 35, n. 1, p. 8-12, 2008.

MUNNÉ, F. **Psicosociologia del tiempo libre**. México: Ed. Trillas México, 1984.

MUNNÉ, F.; CODINA, N. Ócio y tiempo libre: consideraciones desde uma perspectiva psicosocial. **Licere**, v. 5, n. 1, p. 59-72, 2002.

NORBERT, E.; DUNNING E. **A busca da excitação**. Lisboa: Difel, 1992.

NYBO, L. et al. High-Intensity Training versus Traditional Exercise Interventions for Promoting Health. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 42, n. 10, p. 1951-1958, 2010.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional das Doenças**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OTTO, M. W.; SMITS, J. A. J. **Exercise for mood and anxiety**. New York: Ed. Oxford, 2011.

PADUANI, G. F. et al. Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Uberlândia. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.32, n.1, p. 66-75, 2008.

PEREIRA, D. S. et al. Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 3, p. 188-195, 2008.

PETROIANU, A. et al. Prevalência do consumo de álcool, tabaco e entorpecentes por estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 5, p. 568-571, 2010.

PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 12, n. 2, p. 163-172, 2003.

RIOS, L. C. et al. Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia. **Rev. Psiquiatr.**, v. 33, n. 2, p. 98-102, 2011.

ROCHA, S. V. et al. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 4, p. 871-883, 2012.

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.

ROEDER, M. A. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 4, p. 62-76, 1999.

SAID, D.; KYPRI, K.; BOWMAN, J. Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 48, p. 935-44, 2013.

SCHWARTZ, G. M. O conteúdo virtual do lazer: contemporizando Dumazedier. **Licere**. Belo Horizonte: v.2, n.6, 2003, p.23 - 31.

SILVA, A. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; LIMA, M. C. P. Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de Medicina. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 17, n. 1, p. 229-242, 2014.

SHANK, J. W. Ócio y salud mental: el papel de la recreación em la rehabilitacion psiquiátrica. In: GORDEÑA ETXEBARRIA, S. **Ócio y salud mental**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2000. p. 13-36. (Documentos de Estudos de Ócio, n.14).

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 6, p. 705-14, 1991.

SILVA, A. O.; CAVALCANTE NETO, J. L. Associação entre níveis de atividade física e transtorno mental comum em estudantes universitários. **Motricidade**, v. 10, n. 1, p. 49-59, 2014.

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

STATACORP. **Stata Statistical Software**: release 10.0. College Statio: Stata Corporation, 2007.

STUMBO, N. J.; PETERSON, C. A. El modelo de habilidade de ócio. In: GORDEÑA ETXEBARRIA, S. **Modelos de intervención em ócio terapéutico**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2000. p. 13-34. (Documentos de Estudos de Ócio, n.11).

TOCKUS, D.; GONÇALVES, P. S. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 3, p. 184-187, 2008.

TORRINHA, F. **Dicionário latino-português**. Porto: Gráficos Reunidos, 1937.

VIEIRA, J. L. L.; PORCU, M.; BUZZO, V. A. S. A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 58, p. 8-16, 2009.

ZANINI, D. S.; VEROLLA-MOURA, A.; QUEIROZ, I. P. A. R. Apoio social: aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. **Psicol. Estud.**, v. 14, n. 1, p. 195-202, 2009.

ZANINI, C. R. O. et al. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 5, p. 534-540, 2009.

ZONTA, R.; ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 30, n. 3, p. 147-153, 2006.

WANSCHER, D.; PRADO, G. P.; FRIGO, J. Uso de psicotrópicos por alunos do ensino superior. **Rev. Uningá Rev.**, v. 18, n. 2, p. 5-9, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Geneva: WHO, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva: Division of Mental Health, 1994.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu _____ estou sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "*Condições de vida e saúde de estudantes de enfermagem, medicina e nutrição do campus de Botucatu*". Esta pesquisa tem por objetivo conhecer melhor as condições de vida e saúde mental dos estudantes dos cursos de medicina, nutrição e enfermagem desta faculdade. Esperamos que os dados gerados por essa pesquisa possam contribuir com o aumento do conhecimento na área, fornecendo subsídios para que possam ser criadas políticas públicas que visem à qualidade de vida dos estudantes universitários. Para participar é necessário responder um questionário e assinar 2 vias desse TCLE. Uma via ficará com o participante e outra via com a pesquisadora, que se compromete a guarda-la em local seguro. O questionário aborda questões sobre situação socioeconômica, padrão de uso de álcool, aspectos relacionados à sexualidade, questões relacionadas à vida acadêmica e modos de uso da internet. A identificação com o número de matrícula visa à reavaliação no futuro e você poderá escolher: não participar, participar sem colocar o número de matrícula ou participar colocando o número de matrícula no questionário. Os questionários respondidos são anônimos, ou seja, apenas dados agrupados serão divulgados, visando garantir sua confidencialidade. Para responder as questões você necessitará de, aproximadamente, 50 minutos. Ressaltamos que sua participação é voluntária e que você tem liberdade de recusar ou retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo ou penalização. Além disso, você tem o direito de receber informações adicionais sobre o estudo contatando uma das pesquisadoras nos telefones, e-mails e endereços fornecidos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através dos fones: (14) 3880-1608/3880-1609.

Assinatura do aluno (a): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

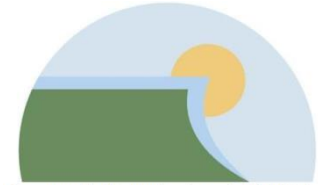
Responsáveis pelo projeto:

- ❖ **Gabriela de Oliveira Dorth** → Depto de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu (fone 3880-1220); Telefone residencial: (14) 3815-5253. Telefone celular: (14) 9742-9163. E-mail: gabrieladorth@gmail.com.
- ❖ **Julia Lelis Vieira** → Depto de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu (fone 3880-1220); Telefone celular: (14) 9106-7881. E-mail: profjuliavieira@gmail.com.
- ❖ **Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima** → Depto de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu (fone 3880-1220); Telefone: (14) 9798-0422. Endereço: E-mail: kika.botucatu@gmail.com.
- ❖ **Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres** → Depto de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria (fone 3880-1220); Faculdade de Medicina de Botucatu; Telefone: (14) 9775-5339. E-mail: albinatorres@gmail.com.
- ❖ **Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira** → Depto de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria (fone 3880-1220); Telefone: (14) 9671-8501. E-mail: anateresa04@gmail.com.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Departamento de Saúde Pública
FMB / UNESP

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE ENTRE ESTUDANTES DO CAMPUS DE BOTUCATU

Este questionário foi elaborado com o objetivo de estudar diversos aspectos da vida dos alunos da área da saúde do Campus de Botucatu, possibilitando 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 de comparação com os questionários preenchidos nos levantamentos anteriores e a possibilidade de fazê-lo no futuro.

Número de matrícula | 2 | 0 | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

Bloco A

A1) Você ingressou na UNESP no ano de

A2) Você tem: (anos)

A3) Qual sua graduação?

- a) Enfermagem
- b) Medicina
- c) Nutrição

A4) Está cursando:

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

A5) Sexo:

- a) Masculino
- b) Feminino

A6) Você se considera de cor:

- a) Preta
- b) Branca
- c) Amarela
- d) Parda
- e) Indígena

A7) Seu estado civil atual é:

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

A8) 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:

A9) Em Botucatu, qual meio de transporte você utiliza com maior frequência?

- a) Carro como condutor
- b) Carro como passageiro (carona)
- c) Ônibus
- d) Motocicleta
- e) Bicicleta
- f) À pé

g) Disque-moto/táxi

h) Outros:

A10) Frequência de visitas à família:

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

A11) Qual a importância da religião em sua vida:

- a) Importante
- b) Regular
- c) Nada importante
- d) Não tenho religião

A12) Qual seu peso: Kg

A13) Qual sua altura: cm

A14) Você trabalhou com remuneração nos últimos 6 meses?

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

A15) 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

A16) 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

A17) 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

A18)Qual a renda de sua família em salários mínimos (salário mínimo = 622,00 reais) Se seus pais são separados considere a renda total daquele com quem você vive. Se você é casado considere sua renda:

_____|_____|_____| Salários mínimos

A19)Quanto gasta para viver na cidade onde estuda? (em salários mínimos)

_____|_____|_____| Salários mínimos

A20)Com relação a sua mesada você diria que?

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

A21)Seus pais ou padrastos vivem:

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

A22)Nos últimos **12 meses**, você sentiu dificuldades para fazer amigos(as) em novos grupos?

- a) Não
 - b) Sim
-

A23)Nos últimos **12 meses**, você se sentiu rejeitado(a) pelo seu grupo de amigos ou outros de sua idade?

- a) Não
 - b) Sim
-

A24)Em relação à sua adaptação em Botucatu você diria que:

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

A25)Você está satisfeito com a sua escolha profissional?

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

A26)Quantos anos de cursinho você fez antes de ingressar em Botucatu?

- a) Passei direto do ensino médio.
 - b) ____|____| anos
-

A27)Você já pensou em abandonar o seu curso?

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

A28)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.
-

A29)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 distrair a cabeça?	0	1	2	3	4
B18) Com quem relaxar?	0	1	2	3	4
B19) Para se divertir junto?	0	1	2	3	4

Bloco C

AS QUESTOES ABAIXO 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

D1) Qual é sua bebida alcoólica preferida? _____

D2) Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- a) Nenhuma
- b) Uma ou menos de uma vez por mês.
- c) 2 a 4 vezes por mês
- d) 2 a 3 vezes por semana.
- e) 4 ou mais vezes por semana.



D3) Quantas doses contendo álcool você consome em um dia típico quando você está bebendo? (veja quanto vale uma dose ao lado)

Nenhuma

- a) 1 a 2.
- b) 3 a 4
- c) 5 a 6
- d) 7 a 9
- e) 10 ou mais

D4) Qual a frequência com que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião? (veja quanto vale uma dose ao lado)

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

D5) Qual a frequência durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

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

D6) Quantas vezes durante os últimos 12 meses você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

- a) Nunca
- b) Menos que mensalmente.
- c) Mensalmente.

- d) Semanalmente
- e) Diariamente ou quase diariamente

D7) Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

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

D8) 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

D9) 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

D10) Você foi criticado pelo resultado de suas bebedeiras?

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

D11) 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.

Bloco E

Como opção de LAZER, quais das atividades a seguir você pratica(P) ou assiste(A) (se não tem parênteses não há necessidade disto)

ESPORTES		Frequência diária (horas por dia)					Frequência semanal (vezes por semana)							Não realiza
E1	FUTEBOL(CAMPO)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E2	FUTSAL	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E3	VOLEIBOL	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E4	BASQUETE	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E5	HANDEBOL	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E6	RUGBY	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E7	CICLISMO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E8	TENIS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E9	NATAÇÃO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E10	ATLETISMO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E11	LUTAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E12	CORRIDA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E13	MUSCULAÇÃO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E14	CAMINHADA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E15	GINÁSTICA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E16	DANÇA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
OUTROS. QUAIS?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	

ARTES		Frequência diária (horas por dia)					Frequência semanal (vezes por semana)							Não realiza
E17	MUSEU	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E18	BIBLIOTECAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E19	CINEMAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E20	TEATROS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E21	TELEVISÃO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E22	SHOWS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E23	OUVIR MÚSICA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E24	TOCA INSTRUMENTO E/OU CANTA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
OUTROS. QUAIS?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	

ATIVIDADES INTELECTUAIS		Frequência diária (horas por dia)					Frequência semanal (vezes por semana)							Não realiza
E25	DAMAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E26	XADREZ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E27	GAMÃO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E28	JOGO DE MEMÓRIA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E29	PALESTRAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E30	CURSOS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E31	LEITURA DE LIVROS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E32	LEITURA DE REVISTAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E33	LEITURA DE JORNAIS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
OUTROS. QUAIS?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	

ATIVIDADES MANUAIS		Frequência diária (horas por dia)					Frequência semanal (vezes por semana)							Não realiza
E34	ARTESANATO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E35	CARPINTARIA E MARCENARIA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E36	CORTE E COSTURA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E37	CULINARIA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E38	JARDINAGEM	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
OUTROS. QUAIS?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	

INTERESSES SOCIAIS		Frequência diária (horas por dia)					Frequência semanal (vezes por semana)							Não realiza
E39	FESTAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E40	CASAS NOTURNAS (boates,bailes etc.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E41	EVENTOS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E42	ENCONTROS EM RESTAURANTES, PIZZARIAS, LANCHONETES	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E43	ASSOCIAÇÕES	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E44	BARES	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E45	CLUBES	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
OUTROS. QUAIS?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	

INTERNET		Frequência diária (horas por dia)					Frequência semanal (vezes por semana)							Não realiza
E46	SITES – ENTRETERIMENTO, NOTÍCIAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E47	REDES SOCIAIS – FACEBOOK, TWITER, ORKUT, MYSPACE, LINKEDIN	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E48	JOGOS ELETRÔNICOS (VídeosGames)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
OUTROS. QUAIS?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	

VIAGENS		Frequência diária (horas por dia)					Frequência semanal (vezes por semana)							Não realiza
E49	NACIONAIS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E50	REGIONAIS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E51	INTERNACIONAIS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E52	PARQUE TEMATICOS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
E53	PASSEIOS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
OUTROS. QUAIS?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	

E54) Nas atividades de lazer, você utiliza algum tipo de bebida alcoólica, cigarros ou drogas?

() Não

() Sim. Quais?

TIPÓ	Frequência diária (vezes por dia)					Frequência semanal (vezes por semana)							Frequência	
													Mensal	Anual
E55 BEBIDA ALCOÓLICA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7		
E56 CIGARROS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7		
E57 DROGAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7		

E58) Os possíveis lugares de lazer que você utilizada são?

Públicos.Quais? _____

Privados.Quais? _____

E59) Pratica as atividades de lazer na frequência que gostaria?

a) Sim, com certeza

b) Acho que sim

c) Não sei

d) Acho que não

e) Não com certeza

E60) Quais das opções abaixo você considera que dificulta a sua prática de atividades de lazer?

a) Falta de tempo

b) Falta de dinheiro

c) Distância

d) Atitude/Vontade

e) Violência

f) Outros. Quais? _____

Bloco F**F1)** Seu telefone celular tem acesso à Internet?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não tenho celular

F2) Você tem computador pessoal com acesso à Internet em sua residência de Botucatu?

- a) Sim
- b) Não

F3) Você traz e usa regularmente laptop, notebook ou iPad nas aulas ou atividades acadêmicas?

- a) Sim
- b) Não

Com que frequência você:

	Não se aplica	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
F4) Você acha que passa mais tempo na internet do que pretendia?	0	1	2	3	4
F5) Você abandona as tarefas domésticas para passar mais tempo na internet?	0	1	2	3	4
F6) Você prefere a emoção da internet à intimidade com seu/sua parceiro(a)?	0	1	2	3	4
F7) Você cria relacionamentos com novo(a)s amigo(a)s da internet?	0	1	2	3	4
F8) Outras pessoas em sua vida se queixam sobre a quantidade de tempo que você passa na internet?	0	1	2	3	4
F9) Suas notas ou tarefas de escola pioram por causa da quantidade de tempo que você fica na internet?	0	1	2	3	4
F10) Você acessa seu <i>e-mail</i> antes de qualquer outra coisa que precise fazer?	0	1	2	3	4
F11) Piora o seu desempenho ou produtividade no estudo por causa da internet?	0	1	2	3	4
F12) Você fica na defensiva ou guarda segredo quando alguém lhe pergunta o que você faz na internet?	0	1	2	3	4
F13) Você bloqueia pensamentos perturbadores sobre a sua vida pensando em se conectar para acalmar-se?	0	1	2	3	4
F14) Você se pega pensando em quando vai entrar na internet novamente?	0	1	2	3	4
F15) Você teme que a vida sem a internet seria chata, vazia e sem graça?	0	1	2	3	4
F16) Você explode, grita ou se irrita se alguém o(a) incomoda enquanto está na internet?	0	1	2	3	4
F17) Você dorme pouco por ficar conectado(a) até tarde da noite?	0	1	2	3	4
F18) Você se sente preocupado(a) com a internet quando está desconectado, imaginando que poderia estar conectado(a)?	0	1	2	3	4
F19) Você se pega dizendo “só mais alguns minutos” quando está conectado(a)?	0	1	2	3	4
F20) Você tenta diminuir o tempo que fica na internet e não consegue?	0	1	2	3	4
F21) Você tenta esconder a quantidade de tempo em que está na internet?	0	1	2	3	4
F22) Você opta por passar mais tempo na internet em vez de sair com outras pessoas?	0	1	2	3	4
F23) Você se sente deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando desconectado(a), e esse sentimento vai embora assim que volta a se conectar à internet?	0	1	2	3	4

Bloco G

Instruções

1. Leia cuidadosamente cada pergunta e as várias possibilidades de resposta antes de fazer sua escolha.
2. Não se apresse. Responda com atenção e procure acabar o mais cedo possível.

Marque a resposta que você acha que mais corresponde às seguintes questões. Apenas uma resposta por questão.

G1) Que proporção de PESSOAS DA SUA IDADE na universidade você imagina que mantêm relações sexuais pelo menos uma vez por mês?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

G2) Que proporção de seus AMIGOS PRÓXIMOS mantém relações sexuais pelo menos uma vez por mês?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

Por favor, marque apenas uma resposta para a pergunta seguinte.

G3) Lembre-se dos parceiros sexuais que você teve nos ÚLTIMOS SEIS MESES. Eles eram:

- a) Todos do sexo masculino.
- b) Principalmente do sexo masculino, mas alguns do sexo feminino.
- c) Mais do sexo masculino que do feminino.
- d) Número igual do sexo masculino e do feminino.
- e) Mais do sexo feminino que do masculino.
- f) Principalmente do sexo feminino, mas alguns do sexo masculino.
- g) Todos do sexo feminino.

G4) Quanto à sua orientação sexual, você se considera:

- a) Heterossexual
- b) Bissexual
- c) Homossexual

G5) Com quantas pessoas diferentes você teve relações sexuais NA VIDA?

- a) Nunca tive relação sexual.
- b) Tive com [_____] pessoa(s).

G6) Com quantas pessoas diferentes você teve relações sexuais nos ÚLTIMOS 2 MESES?

- a) Não tive relações sexuais neste período.
- b) Com [_____] pessoa(s).

G7) Quantas vezes você teve relações sexuais (vaginal ou anal) nos ÚLTIMOS 2 MESES?

- a) Não tive relações sexuais neste período.
- b) Tive vezes. [_____] pessoa(s).

G8) Da ÚLTIMA VEZ que teve relações sexuais, qual método você ou seu/sua parceiro(a) usaram para evitar a gravidez? (Escolha apenas uma resposta.)

- a) Eu nunca tive relação sexual.
- b) Nenhum método foi usado para evitar a gravidez
- c) Pílulas anticoncepcionais.
- d) Preservativos masculino
- e) Preservativo feminino
- f) Um DIU (tais como Mirena ou ParaGard) ou implante (tais como Implanon ou Implanon NXT)
- g) Anticoncepcionais injetáveis (tais como Depo-Provera.
- h) Coito interrompido.
- i) Não tenho certeza
- j) Outro. Especifique: _____

G9) Você (ou sua parceira) já ficou grávida NA VIDA?

- a) Nunca fiquei (minha parceira) grávida.
- b) Não tenho certeza.
- c) Eu (minha parceira) tive [_____] gestação(s)

G10) Quantas vezes NA VIDA você (ou sua parceira) utilizou pílula do dia seguinte (pílula de emergência)?

- a) Nunca fiz uso deste recurso.
- b) Usei [_____] vezes

G11) Quando você (ou sua parceira) ficou grávida, chegou a considerar a possibilidade de interromper a gestação?

- a) Nunca fiquei grávida (nem minha parceira).
- b) Não sei.
- c) Não pensei em interromper a gravidez e prossegui a gestação.
- d) Cheguei a pensar em interromper a gravidez, mas prossegui a gestação.
- e) Interrompi a gestação.

Nas vezes em que você teve relações sexuais nos ÚLTIMOS 2 MESES, quantas vezes você:

G12) Tomou bebidas alcoólicas? [____]

G13) Usou maconha? [____]

G14) Usou outras drogas? [____]

Qual/Quais: _____

G15) Usou preservativo **A)** sim **B)** não

Lembre-se da ÚLTIMA VEZ que você teve uma relação sexual e escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

G16) Você tomou bebidas alcoólicas na ocasião?

A) sim **B)** não

G17) Você usou maconha ou haxixe?

A) sim **B)** não

G18) Você usou outras drogas?

A) sim **B)** não

Qual/Quais _____

G19) Você usou preservativo?

A) sim B) não

Assinale ao número correspondente ao que você imagina ser seu risco (0 = nenhum risco; 5 = altíssimo risco);

G20) Pensando em suas atividades sexuais, qual é o seu risco em termos de Aids?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

G21) Pensando em suas atividades sexuais, qual é o risco de você ou sua(s) parceira(s) ficar(em) grávida(s)?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

As frases 22 e 23 referem-se à atividade sexual e álcool. Assinale a coluna (apenas uma) que melhor corresponda à sua opinião.

	Concordo Plenamente	Concordo em parte	Não sei	Discordo em parte	Discordo totalmente
G22) Eu nem sempre respeito minhas regras relativas ao sexo quando bebo.					
G23) Se eu beber, fica mais fácil discutir a respeito do uso de preservativo ou de outras formas de sexo seguro, antes da atividade sexual.					

As frases 20 e 21 referem-se aos efeitos do álcool. Assinale a coluna (apenas uma) que melhor corresponda à sua opinião:

	Concordo Plenamente	Concordo em parte	Não sei	Discordo em parte	Discordo totalmente
G20) Quando eu bebo o suficiente para sentir os efeitos do álcool, mantenho relações sexuais com pessoas com as quais nunca manteria se não tivesse bebido.					
G21) Quando eu bebo o suficiente para sentir os efeitos do álcool, fico mais predisposto a fazer coisas arriscadas em termos de sexo.					

G21) Você já **foi submetido** a algum trote que você considerou abusivo?

- a) Sim
- b) Não

G22) Você **já aplicou** algum trote que o fez se sentir arrependido ou culpado posteriormente?

- a) Sim
- b) Não

G23) **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.

G24) **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.

G25) Fez ou faz algum tratamento psiquiátrico ou psicológico?

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

G26) Em caso afirmativo na questão anterior:

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

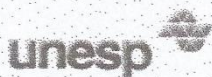
G27) Usou algum tipo de medicamento controlado?

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

G28) Quanto às suas respostas fornecidas neste questionário, você pode dizer que:

- a) São confiáveis.
- b) São parcialmente confiáveis.
- c) Não são confiáveis.

MUITO OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



ANEXO 3

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone: (14) 3880-1608 / 3880-1609
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
kleber@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: smolina@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 30 de Janeiro de 2015

OF. 12/2015-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª Adjunta Maria Cristina Pereira Lima
Departamento de Neurologia, Psicologia e
Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu

Ilustríssima Profª Maria Cristina,

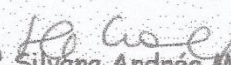
Com referência ao Protocolo CEP 4409/2012 "Condições de vida e saúde de estudantes de enfermagem, Medicina e Nutrição do Campus de Botucatu", coordenado pela Profª Adjunta Maria Cristina Pereira Lima, com a colaboração das Profas. Dras. Albina Rodrigues Torres e Ana Tereza de Abreu Ramos Cerqueira, por se tratar de um estudo amplo, informo que o mesmo foi desmembrado, ficando assim constituído:

Sub-Projeto I: (Protocolo CEP 4409/2012-A) "Comportamento Sexual entre universitários da área da saúde: Um estudo transversal", foi conduzido Gabriela de Oliveira Dorth, orientada pela Profª Adjunta Maria Cristina Pereira Lima, foi concluído, sendo objeto de Dissertação de Mestrado da aluna.

Sub-Projeto II: (Protocolo CEP 4409/2012-B) "Transtorno mental comum e lazer entre estudantes da área de saúde do Campus de Botucatu-UNESP: um estudo transversal" está sendo conduzido por Julia Lellis Vieira, orientada pela Profª Adjunta Maria Cristina Pereira Lima, Co-orientada pela Profª Drª Liana Abrão Romera, será objeto de Dissertação de Mestrado da aluna.

Conforme informação da Coordenadora deste projeto, por se tratar de um estudo amplo, o mesmo gerará mais trabalhos, os quais serão cadastrados no "Sistema Plataforma Brasil", sempre fazendo menção do presente estudo.

Atenciosamente,


Profª Drª Silvana Andréa Molina Lima
Coordenadora do CEP.

ANEXO 4

Variáveis selecionadas para o presente estudo, seguindo a numeração do questionário aplicado na pesquisa: “Condições de vida e saúde dos estudantes de Enfermagem, Medicina e Nutrição do campus de Botucatu”.

<i>Variável</i>	<i>Categorias ou unidades de medida</i>	<i>Questão</i>
Idade	Em anos	A2
Graduação	Enfermagem	A3
	Medicina	
	Nutrição	
Período do curso	1ºano	A4
	2ºano	
	3ºano	
	4ºano	
	5ºano	
	6ºano	
Sexo	Feminino	A5
	Masculino	
Cor da pele autodeclarada	Preta	A6
	Branca	
	Amarela	
	Parda	
	Indígena	
Estado civil	Solteiro	A7
	União consensual/casado (a)	
	Outro	
Moradia	Pais	A8
	Cônjuge/namorado (a)	
	Com um amigo (a)	
	Com 2 ou + amigos (a)	

Meio de transporte	Sozinho (em casa ou apto)	
	Sozinho em hotel	
	Moradia estudantil	
	Outros	
	Carro como condutor	A9
	Carro como passageiro (carona)	
	Ônibus	
	Motocicleta	
	Bicicleta	
	A pé	
Frequência de visitas à família	Disque-moto/taxi	
	Outros	
	Moro com eles	A10
	Semanal	
	Quinzenal	
Importância da religião	Mensal	
	Cada 2 meses ou mais	
	Importante	A11
	Regular	
	Nada importante	
Qual o peso	Não tenho religião	
	Medida em quilogramas	A12
Qual sua altura	Medida em centímetros	A13
Trabalho remunerado nos últimos 6 meses	Não trabalhei	A14
	Trabalhei período parcial	
	Trabalhei período noturno	
	Esporádico (bicos)	
	Outro	
Bolsa de estudos	Não	A15

Escolaridade do pai	Sim, monitoria	
	Sim, FAPESP, CNPq, PIBIC	
	Sim, PAE	
	Sim, PET	
	Sim, outra	
Escolaridade da mãe	Fundamental incompleto	A16
	Fundamental completo	
	Médio incompleto	
	Médio completo/superior incompleto	
	Superior completo	
Renda mensal (em salários mínimos)	Fundamental incompleto	A17
	Fundamental completo	
	Médio incompleto	
	Médio completo/superior incompleto	
	Superior completo	
Gasto mensal (em salários mínimos)	Número de salários mínimos	A18
Suficiência com a mesada	Não é suficiente	A20
	É suficiente apesar de ser completada por outras fontes (trabalho, bolsa, plantões, etc.).	
	É suficiente, mas não sobra para lazer.	
	Não recebo mesada	
Situação civil dos pais	Juntos, com bom relacionamento.	A21
	Juntos, com relacionamento regular/ruim.	
	Separados, mas mantém bom relacionamento.	
	Separados, com relacionamento regular/ruim.	
	Pai ou mãe falecido	
Dificuldade em	Não	A22

fazer novos amigos em novos grupos (últimos 12 meses)	Sim	
Sentimento de rejeição de amigos ou colegas de faculdade (últimos 12 meses)	Não	A23
	Sim	
Adaptação em Botucatu	Esta totalmente adaptado	A24
	Esta parcialmente adaptado	
	Razoavelmente adaptado	
	Não esta adaptado	
Satisfação com a escolha profissional	Totalmente satisfeito	A25
	Parcialmente satisfeito	
	Insatisfeito	
	Muito insatisfeito	
Tempo de cursinho para ingresso	Passei direto	A26
	Número em anos	
Pensamento em abandonar o curso	Não, nunca	A27
	Sim, ainda penso.	
	Sim, mas não penso mais.	
Situação acadêmica no último semestre	Não ficou de exame em nenhuma matéria	A28
	Ficou de exame final	
	Ficou de 2ªépoca em 1 ou 2 disciplinas.	
	Ficou de 2ªépoca em 3 disciplinas ou mais	
	Ficou com uma dependência	
	Caiu de turma	
	Esta no 1ºano	
Auto avaliação do atual desempenho escolar	Péssimo	A29
	Insuficiente	

	Regular	
	Bom	
	Excelente	
SRQ20	Escore total	C1 – C20
Audit	Escore total	D2 – D11
Questões referentes aos tipos de práticas de lazer	Frequência diária (horas por dia)	E1 – E54
	Frequência semanal (vezes por semana)	
ESPORTES	Futebol de campo	E1
	Futsal	E2
	Voleibol	E3
	Basquetebol	E4
	Handebol	E5
	Rugby	E6
	Ciclismo	E7
	Tênis	E8
	Natação	E9
	Atletismo	E10
	Lutas	E11
	Corrida	E12
	Musculação	E13
	Caminhada	E14
	Ginástica	E15
ARTES	Dança	E16
	Museu	E17
	Bibliotecas	E18
	Cinemas	E19
	Teatros	E20
	Televisão	E21

INTELECTUAIS	Shows	E22
	Ouvir música	E23
	Tocar instrumento e/ou cantar	E24
	Damas	E25
	Xadrez	E26
	Gamão	E27
	Jogo de memória	E28
	Palestras	E29
	Cursos	E30
	Leitura de livros	E31
MANUAIS	Leitura de revistas	E32
	Leitura de jornais	E33
	Artesanato	E34
	Carpintaria e marcenaria	E35
	Corte e costura	E36
SOCIAIS	Culinária	E37
	Jardinagem	E38
	Festas	E39
	Casas noturnas	E40
	Eventos	E41
INTERNET	Encontros gastronômicos	E42
	Associações	E43
	Bares	E44
	Clubes	E45
	Sites – entretenimento, notícias.	E46
TURISTICO	Redes sociais	E47
	Jogos eletrônicos	E48
	Regionais	E49
	Nacionais	E50

Faz uso de álcool, cigarros ou drogas nas atividades de lazer.	Internacionais	E51
	Parques temáticos	E52
	Passeios	E53
	Sim, quais	E54
	Não	
Tipos de substâncias utilizadas no lazer	Bebidas alcoólicas	E55 – E57
	Cigarros	
	Drogas	
Satisfação com a quantidade de lazer praticada	Sim, com certeza.	E59
	Acho que sim	
	Não sei	
	Acho que não	
	Não, com certeza.	
Motivos para dificuldade em praticar o lazer	Não se aplica	E60
	Falta de tempo	
	Falta de dinheiro	
	Distância	
	Falta de atitude/vontade	
	Medo de se expor a violências nas ruas	
	Outros. Quais:	